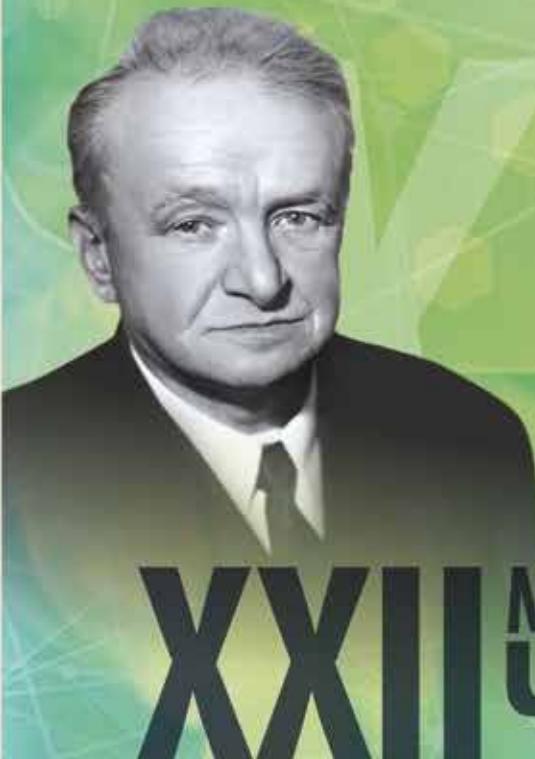




ЦВЛ ДЕТСКАЯ
ПСИХИАТРИЯ
им. С.С. Мнухина



Сборник материалов
научно-практической
конференции
(статьи и тезисы)

XXII МНУХИНСКИЕ ЧТЕНИЯ

СУИЦИДЫ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ:
социальные и психологические предпосылки,
диагностика, лечение, реабилитация и профилактика

20 марта 2025, Санкт-Петербург

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ПРАВИТЕЛЬСТВА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
СПб ГКУЗ «ЦЕНТР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ
«ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ» ИМЕНИ С. С. МНУХИНА»
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ
ИМ. В. М. БЕХТЕРЕВА

XXII МНУХИНСКИЕ ЧТЕНИЯ
СУИЦИДЫ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ: СОЦИАЛЬНЫЕ
И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ, ДИАГНОСТИКА,
ЛЕЧЕНИЕ, РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА

Научная конференция с международным участием
(20 марта 2025 г.).

Посвящается памяти профессора
Самуила Семеновича Мнухина

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ КОНФЕРЕНЦИИ
(СТАТЬИ И ТЕЗИСЫ)

Под общей редакцией М. В. Романовской, Ю. А. Фесенко

Санкт-Петербург
2025

XXII МНУХИНСКИЕ ЧТЕНИЯ. Научная конференция с международным участием «Суициды у несовершеннолетних: социальные и психологические предпосылки, диагностика, лечение, реабилитация и профилактика», 20 марта 2025 года. Сборник материалов конференции (статьи и тезисы): под общ. ред. М.В. Романовской, Ю.А. Фесенко. – СПб: Прима Локо, 2025. – 366 с.

M73

Сборник содержит статьи и тезисы научной конференции с международным участием, посвященной памяти профессора С. С. Мнухина.

Издание будет интересно всем тем, кто в своей научной и практической деятельности занимается диагностикой, лечением, реабилитацией и профилактикой, актуальных для психиатрии, психотерапии и медицинской психологии расстройств у детей и подростков, руководствуясь Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», в условиях современных мировых кризисов.

В сборнике можно ознакомиться с работами исследователей и практиков, специалистов в комплексном лечении детей с суицидальным поведением и нервно-психическими расстройствами (психиатров, психотерапевтов, врачей смежных специальностей, клинических психологов и логопедов) из различных регионов РФ, а также из стран ближнего и дальнего зарубежья, что подчеркивает актуальность проводимой конференции. Также представлены материалы, характеризующие состояние оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами, инициирующие обсуждение и решение актуальных проблем оказания помощи этим пациентам.

ISBN 978-5-6048053-9-8



**САМУИЛ СЕМЕНОВИЧ МНУХИН
(1902-1972)**

С. С. Мнухин – виднейший советский психиатр, основатель ленинградской школы детских психиатров, выдающийся ученый и педагог, талантливый врач, обладавший тонкой клинической интуицией и даром эвристического мышления, организатор нервно-психиатрической помощи, руководитель кафедры психиатрии Ленинградского педиатрического медицинского института.

Личность Самуила Семеновича Мнухина, учителя многих поколений специалистов, всегда будет примером бескорыстного служения делу помощи страдающим детям и их семьям.

Имя выдающегося детского психиатра – **Самуила Семеновича Мнухина** решением топонимической комиссии Комитета по культуре Правительства Санкт-Петербурга в 2009 году присвоено Санкт-Петербургскому государственному казенному учреждению здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия».

Оргкомитет конференции:

- Романовская М.В., к.м.н., главный врач «ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», главный детский специалист психиатр КЗ Правительства Санкт-Петербурга;
- Петрова Н.Н., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета, Председатель регионального отделения Российского общества психиатров (РОП) «Бехтеревское психиатрическое общество Санкт-Петербурга», член Правления РОП;
- Аверин В.А., д.пс.н., профессор, декан факультета клинической психологии СПб ГПМУ, Заслуженный работник высшей школы РФ;
- Фесенко Ю.А., заведующий ПТК «ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», д.м.н., профессор кафедры клинической психологии СПб ГПМУ, заслуженный деятель науки и образования, Академик РАЕ;
- Андреева Е.Ю., зам. гл. врача «ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Заслуженный работник здравоохранения РФ;
- Тадтаев В.А., зам. гл. врача «ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», к.м.н., Заслуженный врач РФ.

Программный комитет:

- Незнанов Н.Г., д.м.н., профессор, директор Санкт-Петербургского НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, Председатель Российского общества психиатров, Главный психиатр Росздравнадзора;
- Макушкин Е.В., д.м.н., профессор, Главный внештатный детский специалист-психиатр Минздрава России, Начальник научно-медицинского центра детской психиатрии ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, Москва;
- Софонов А.Г., д.м.н., чл.-корр. РАМН, главный внештатный психиатр КЗ, главный врач ГПБ №3 им. И.И. Скворцова-Степанова, заведующий кафедрой психиатрии СЗГМУ имени И.И. Мечникова;
- Романовская М.В., к.м.н., главный врач «ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»;
- Романовская М.В., главный врач «ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», главный детский специалист психиатр КЗ Правительства Санкт-Петербурга;

- Фесенко Ю.А., заведующий ПТК «ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», д.м.н., профессор кафедры клинической психологии СПб ГПМУ, заслуженный деятель науки и образования, Академик РАЕ;
- Пашковский В.Э., профессор, д.м.н., кафедра психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета;
- Гречаный С.В., д.м.н., зав. каф. психиатрии и наркологии СПб ГПМУ.

При поддержке:

- Российского общества психиатров;
- Следственного Комитета по Санкт-Петербургу и Ленинградской области;
- Прокуратуры Санкт-Петербурга;
- Санкт-Петербургской Епархии РПЦ

Организаторы конференции:

- Санкт-Петербургское Государственное казенное учреждение здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»;
- Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет;
- ФГБУ «Научный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург.

ОТ ПРОГРАММНОГО КОМИТЕТА КОНФЕРЕНЦИИ

Уважаемые коллеги, дорогие друзья!

В Ваших руках сборник «Мнухинских чтений», разменявший третий десяток в череде всех вышедших за 22 года сборников работ по итогам наших ежегодных конференций. Предыдущие выпуски были посвящены проблемам детской психиатрии, психотерапии, клинической психологии, логопедии и неврологии актуальным, как правило, на тот или иной период.

Сегодня, когда наша страна, ее политические, экономические, культурные, гуманитарные отрасли подвергаются невероятным испытаниям на прочность и жизнеспособность на фоне недружественного отношения к России со стороны западного мира, появляются и новые вызовы медицинской науке и практике. Это коснулось и психиатрии.

Неудивительно, что тематикой этой конференции стало актуальное расстройство – суицидоопасное поведение несовершеннолетних, вызванное современной реальностью. Важно подчеркнуть, что актуальны не только непосредственно суициды, но и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), появившееся в ответ на острые кризисные ситуации в последние годы, и не теряющие своей остроты нервная анорексия, интернет-зависимость (патология влечений), сексуальное, физическое и психологическое насилие над ребенком, аутизм, СДВГ, делинквентное и аддиктивное поведение, школьные и семейные проблемы у детей, которые зачастую и являются основными причинами суициdalного поведения.

Мы надеемся, что материалы этого сборника будут способствовать успешной борьбе с современными вызовами медицинской науке, внесут свой вклад в работу специалистов, занимающихся диагностикой, лечением, реабилитацией и профилактикой суицидов, а также актуальных для психиатрии, психотерапии и медицинской психологии расстройств детского возраста.

Мнухин С. С.

О ГРАНИЦАХ ШИЗОФРЕНИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

(КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ ЛЕНИНГРАДСКОГО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА)

(Текст статьи воспроизведен из оригинального источника)

Несмотря на многочисленные работы о шизофрении у детей и подростков, выполненные за последние 50 лет отечественными и зарубежными авторами, многое в этой области продолжает оставаться все еще недостаточно ясным и спорным. Очень противоречивы до сих пор представления о частоте шизофрении, особенно у младших детей (до 10 лет), о возможности возникновения ее во внутриутробном периоде либо в самые первые годы жизни ребенка, о степени своеобразия картин, типов течения и исхода ее у детей. Столь же спорны пока и представления о существовании «мягких», «амбулаторных» или «субклинических» форм шизофрении у детей, равно как и представления о существовании таких «бурных» или «галопирующих» ее форм, которые заканчиваются глубоким слабоумием, полной утратой всей психической деятельности и речи, переходом в идиотию. В связи с этим недостаточно ясными остаются вопросы об отношении детской шизофрении к олигофрению, некоторым психопатическим состояниям, «детскому слабоумию» (*dementia infantilis*) Геллера, шизоформным синдромам грубо органического генеза и мн. др. Учитывая, что интенсивная разработка всех этих вопросов существенно важна не только для детской, но и для общей психиатрии, для разработки всей проблемы шизофрении в целом, мы позволим себе коснуться вкратце, на основе многолетнего личного опыта в области детской психиатрии, некоторых наиболее важных из них.

1. Представляется целесообразным обсудить в первую очередь вопрос – существует ли врожденная шизофрения, может ли это страдание возникнуть в самые первые годы жизни ребенка (в возрасте 1½–2 лет) и каковы при этом отношения между шизофренией и олигофренией?

Вполне определенный и положительный ответ на эти вопросы был сформулирован, в значительном соответствии со взглядами Крепелина, А. Н. Бернштейном, писавшим еще в 1912 году о том, что в части случаев «больные рождаются на свет с готовой болезнью», что в этих случаях «расцвет болезни резко проявлялся уже во время утробной жизни или в самых первых периодах детства». Клинические наблюдения, – писал А. Н. Бернштейн, – «наводят на мысль, что такого рода процесс (*т.е. шизофренический – С.М.*) может начаться еще раньше этого раннего возраста и дать картину идиотизма, т. е. слабоумия прирожденного, а не приобретенного». В последние десятилетия одни исследователи подчеркивали крайнюю редкость шизофрении у детей до 10 лет, а другие сообщали о своих наблюдениях над многими десятками детей, у которых шизофрения с явлениями аутизма, навязчивостями, галлюцинациями, кататонией и др. начиналась в предшкольном возрасте – в 1½–2 года и раньше.

Наш опыт свидетельствует о том, что нарушения психики, более или менее схожие с теми, которые считаются характерными для шизофрении, наблюдаются у детей самых ранних возрастов действительно совсем не редко. Достаточно показателен в этом плане тот факт, что за последние 5 лет нам довелось наблюдать 55 таких детей. Картины болезни всех этих детей, в основных своих чертах почти одинаковые, выражались главным образом в резком ослаблении и даже полном отсутствии интересов, целенаправленной активности и каких-либо контактов со всеми окружающими, в отсутствии прямых обращений к близким, в обильной, но лишенной содержания и цели речевой продукции, в склонности к эхолалии и механическому воспроизведению обрывков речи окружающих. Эти дети говорят о себе в 3 лице («Миша хочет кушать», «он хочет гулять»), не способны ни на чем фиксировать внимания и бесцельно следят «отсутствующим взглядом» за происходящим вокруг них, а с другой стороны – часами застrelвают иногда на стереотипной волне с какой-либо веревочкой или кубиком. При отсутствии у большинства из них грубых степеней умственной отсталости, эти дети схватываются и в жизни, и на картинах лишь отдельные элементы, не умея и не стремясь уловить каких-либо связей между ними. У них резко ослаблены все безусловно-рефлекторные реакции – ориентировочные, пищевые, оборонительные – и часто отсутствуют более или менее адекватные эмоциональные реакции, из-за чего они нередко вовсе не реагируют на приход и уход родителей, на пребывание в новой и необычной для них обстановке, на вид приготовления к уколу и на самый укол др. Отличаясь неловкой и неуклюжей моторикой многие из них с трудом и поздно научаются одеваться, нередко бесцельно и стереотипно подпрыгивают на месте, но вместе с тем хорошо запоминают и воспроизводят длинные стихи и сказки, мотивы и слова сложных песен. В большинстве случаев вялые и бездеятельные неко-

торые из них временами резко возбуждаются, бесцельно кричат и мечутся, что может породить впечатление; будто они галлюцинируют. В тех менее частых случаях, когда обрисованные нарушения психики выражены менее резко, дети способны овладеть, хотя и с трудом, элементарными школьными навыками. Они овладевают иногда программой 5–6 классов вспомогательной школы, но поведение их характеризуется той же бледностью инстинктивных и эмоциональных проявлений, малой и недостаточно целенаправленной активностью, склонностью к резонерству, нелепой фантастикой, никчёмным «любопытством» и мудрствованием. У 6 из 55 больных этой группы отмечались необычные музыкальные, мистические и счетные способности.

Как видно из сказанного, в картинах болезни описываемой группы детей имеется немало симптомов, действительно наводящих на мысль о шизофрении либо о постпроцессуальной психопатии «шизоидного» типа. И если признать эту трактовку их заболевания достаточно обоснованной, то окажется, что шизофрения действительно совсем нередкая болезнь детей младших возрастов. Однако опыт наш, частично отраженный в работах наших сотрудников, побуждает нас к заключению, что речь идет во всех этих случаях отнюдь не о шизофреническом процессе, а о своеобразной, в большинстве случаев врожденной разновидности общего психического недоразвития, связанной с определенными внутриутробными либо интра- и постнатальными поражениями головного мозга.

Обращает на себя внимание в этом плане, во-первых, тот факт, что среди 55 больных описываемой группы, возраст которых в период пребывания под нашим наблюдением колебался от 4 до 16 лет, было 45 мальчиков и всего лишь 10 девочек. Во-вторых, у 38 из этих больных заболевание было безусловно врожденным, хотя и выявлялось оно более отчетливо на втором или третьем году жизни; у остальных 17 оно развились в возрасте от 1 до 4 лет. В-третьих, в этиологии их болезни очень малую роль играли патологическая наследственность (у четверых), алкоголизм родителей (у одного) и постнатальные травмы (у четырех). Гораздо большую и даже значительную роль играли при этом ранние постнатальные токсико-дистрофические и инфекционные заболевания, токсическая диспепсия, дизентерия, вакцинация и др. (15 чел.), асфиксия во время родов (18 чел.) и особенно различные внутриутробные вредности – главным образом тяжелые токсикозы, маточные кровотечения и инфекционные, заболевания беременных (28 чел.). В четвертых, у 16 из 55 описываемых детей имела место явная задержка психомоторного развития (начало ходьбы и речи с 2 до 4–5 лет) и еще у 5 – длительная утрата ходьбы и речи (на срок от 1/2 года до 2 лет) в связи с перенесенными истощающими заболеваниями. В-пятых, у 9 из детей этой группы отмечались грубые дисгенетические и церебрально-эндокринные нарушения (ожирение,

врожденный птоз, фронтальный гиперстоз, недоразвитие одного глаза и др.), а у 11 детей – своеобразные эпилептиформные припадки, то возникавшие лишь на высоте случайных лихорадочных заболеваний, то протекавшие в виде эпилептических «статусов» с резким повышением температуры и различными нервно-вегетативными расстройствами. В-шестых, вопреки многочисленным указаниям на то, что при ранней шизофрении у детей сравнительно быстро и очень грубо поражается интеллект и речь – вплоть до полной утраты их, почти все больные описываемой группы обладали хорошо развитой и продолжающей развиваться речью и не малым, хотя и глубоко беспорядочным запасом жизненных умений и навыков. В-седьмых, даже в тех случаях, когда обрисованные нарушения психики выражены сравнительно нерезко, у детей выявляется необычно длительная неспособность овладеть чтением, письмом и счетом, а кроме того – неспособность перечислять в прямом, а тем более в обратном порядке, дни недели и месяцы, воспроизводить задаваемые им ритмы, ориентироваться в сторонах своего тела и др. Иначе говоря, у этих детей выявляются все те расстройства, которые характерны для выделяемой нами астенической формы общего недоразвития психики ребенка.

Следует к сказанному добавить, что в основе важнейших нарушений психики детей этой группы – в основе их отрыва от реальности, утраты ими интереса к активности, склонности говорить о себе в 3-м лице и др. – лежит, с нашей точки зрения, отнюдь не аутизм, галлюцинации, навязчивые и бредовые переживания и т. п., а глубокое и вполне отчетливое недоразвитие всей безусловно-рефлекторной деятельности, крайняя слабость ориентировочных, пищевых, защитных и оборонительных реакций. Именно первичной недостаточностью подкорковых систем, этой слабостью «основного фонда» (И. П. Павлов) или «энергетической основы» психической деятельности объясняется, по-видимому, отсутствие каких-либо мотивов и целей в поведении описываемых детей, их глубокая апроексия и – одновременно – проявления инертности, склонность к застремлениям и стереотипиям, полное отсутствие «психического напряжения», необычайная «атоничность» психики (а часто и мышечного аппарата), своеобразная «разряженность», внешне выглядящие как аутизм, абулия, паратимия, гебоидность и др. Важнейшая отличительная особенность этих детей заключается также и в том, что в тех случаях, когда удается хотя бы ненадолго сосредоточить их внимание, они способны нередко дать вполне осмысленные ответы на вопросы и вполне адекватные эмоциональные реакции.

Ограничиваясь представленной краткой характеристикой клинических особенностей этой группы детей, мы полагаем, что их нарушения психики вполне правомерно было бы расценивать, в соответствии с указаниями

Вейганда и др., не как проявления шизофрении, а как «шизоформную» разновидность олигофрении. По-видимому, именно при этой и сходных разновидностях общего психического недоразвития речь идет о детях, которые «много знают и мало умеют» (Блейлер), у которых преобладает «теоретический интеллект» (Занков). На основании сказанного правомерно также допустить, что разные по своей тяжести картины этой «шизоформной», или «атонической» олигофрении, связанной, по-видимому, с преимущественным поражением подкорковых или подкорково-лобных систем, зависят от возраста плода и ребенка в момент возникновения болезни, от характера и тяжести поражения его мозга. Не подлежит сомнению, что дальнейшее и более углубленное изучение таких детей подтвердит в еще большей мере недостаточную обоснованность и шаткость представлений о врожденной и «привитой» шизофрении, о «шизо-эпилепсии» и т. п.

2. В соответствии с нашим давним заключением и в согласии с другими авторами следует лишний раз подчеркнуть необходимость разграничения ранней детской шизофрении и «детского слабоумия» (*dementia infantilis*) Геллера. Эта последняя форма возникает, как известно, у вполне normally развитых, но физически и психически слабых и хрупких детей и выражается в сравнительно быстро (в течение года!) нарастающем и полном распаде, психики и речи. Эти дети утрачивают все приобретенные до болезни навыки, бесцельно суетятся с утра до ночи, стереотипно подпрыгивают, раскачиваются либо кружатся на месте, неопрятны, тащат все в рот; превращаясь в глубоких олигофренов, они сохраняют обычно тонкое «интеллектуальное» лицо.

Имеются указания, что «детское слабоумие» Геллера представляет собой сборную группу заболеваний, возникающих на основе различных пре- и постнатальных источающих факторов, и что в рамки этой группы должны быть включены и некоторые «бурно» протекающие – «галопирующие» – формы ранней детской шизофрении, также сопровождающиеся, будто бы грубой деградацией психики и речи и развитием у детей глубокого «олигофренического дефекта».

Наблюдения, проведенные нами над 9 детьми с «детским слабоумием» Геллера и 12 детьми, страдавшими с 4-6-7-летнего возраста шизофренией, свидетельствуют о том, что в начальных стадиях болезни, особенно в течение первых месяцев, правильное распознавание и разграничение обеих форм оказывается иногда весьма затруднительным. Обе они возникают в дошкольном возрасте, у детей физически и психически грацильных, слабых, и выражаются в ослаблении у них аффективных связей с окружающими, в снижении интересов и активности, в неадекватности и непонятности поведения и др. При всем том речь идет в обоих случаях о качественно различных, с нашей точки зрения, формах болезни, из которых одна – *dementia infantilis* – представляет собою

выражение одной из нередких у дошкольников разновидностей прогрессирующего, грубо деструктивного, по-видимому, абиотрофического поражения мозга, приводящего к глубокому ослабоумливанию больных. Что же касается ранней детской, шизофрении, то в тех наших 12 случаях, где этот диагноз казался нам более или менее достоверным, ни грубо органического ослабоумливания, ни органической деградации, а тем более полной утраты речи не было вовсе. Проявления шизофрении, в значительной мере схожие с таковыми у взрослых, возникали в этих случаях не раньше 3–4-летнего возраста и выражались в подлинном аутизме, в появлении у детей сравнительно простых, но все же вполне содержательных болезненных переживаний, в глубокой интраверсии и обусловленном ею ослаблении привязанностей и активности. У этих детей отмечалось с самого начала протрагированное течение болезни без каких-либо ремиссий, наклонность к кататонически-гебефреническим проявлениям и в меньшей мере – отрывочные бредовые высказывания, галлюцинации и др. Многолетние катамнестические наблюдения над 7 из 12 этих больных показали, что даже спустя годы после начала болезни картины нарушений их психики остаются вполне характерными для шизофрении и не сводимыми к органическому либо олигофреническому дефекту.

Таким образом, в ряду патологических состояний детей преддошкольного и дошкольного возрастов, кажущихся относящимися к шизофрении, следует различать, по нашему мнению, три формы: а) непрогрессирующую «шизоформную» или «катоническую» олигофрению разной тяжести; б) сравнительно быстро прогрессирующую и приводящую к глубокому органическому распаду психики и речи «детское слабоумие» Геллера и в) истинную шизофрению. При всем том, что все эти формы характеризуются некоторым сходством патогенетических механизмов (хрупкость «почвы», влияние «мягких», астенизирующих вредностей) и клинических проявлений, их следует считать качественно различными, связанными с разными патологическими состояниями мозга.

3. Общим признаком пользуется взгляд, что в препубертатном и пубертатном возрастах шизофрения встречается заметно чаще и что картины ее у подростков ближе к таковым у взрослых. Вполне подтверждая это положение, следует, однако, подчеркнуть, что, судя по наблюдениям, проведенным в течение многих лет нами и нашими сотрудниками, частота шизофрении у подростков также, нередко переоценивается за счет неправомерного включения в ее рамки различных патологических состояний другого типа.

Ограничивааясь в данной связи лишь обобщенной характеристикой результатов этих наблюдений, отметим, что по данным нашей сотрудницы Л. С. Зуевой, многообразные и нередко тяжелые картины «настоящих» навязчивых состояний, ставящих детей на грань социальной

декомпенсации, наблюдаются у них нередко на протяжении 5–6 лет и дольше при отсутствии даже малейших шизофренических изменений личности. В тех же сравнительно редких случаях, когда навязчивые со стояния выявляются у детей и подростков в качестве «ведущей» части шизофренического процесса, и самый характер навязчивых проявлений (их «заумность», нелепость, недостаточная эмоциональная окраска), и общее состояние психики больных, на фоне которой они выступают, представляются даже на ранних стадиях болезни качественно совершенно иными.

На необходимость очень осторожной диагностической оценки затяжной бредоподобной фантастики, чаще возникающей у детей и подростков не при шизофрении, а при определенных ситуативных условиях у психопатов, указывает работа другой нашей сотрудницы – Н. В. Рябикиной. В этих случаях бредоподобные фантазии, стойко выступающие иногда в течение недель и даже месяцев, очень ярко эмоционально окрашены, насыщены конкретным содержанием, отражающим установки и устремления больного.

Врачи Е. В. Афанасьева, И. Н. Мелевская и ассистент Д. Н. Исаев показали в своей работе, что даже очень стойкие и более или менее строго систематизированные бредовые идеи изобретательства и реформаторства, изредка возникающие у подростков, не всегда относятся к параноидной шизофрении, что они должны иногда расцениваться как, выражение паранойяльного развития психопатов.

В нашей совместной работе с Е. И. Богдановой и Т. Н. Сахно было показано, что вопреки литературным указаниям следует с большой осторожностью относить к шизофрении те длительные и упорные формы отказа от еды, приводящие к тяжелой алиментарной дистрофии, которые возникают у подростков, особенно у девочек, в связи с кажущимся ожирением и стремлением похудеть. В этих случаях так называемой «нервной анорексии» (*anorexia neurotica*) речь идет о сложном и недостаточно пока изученном синдроме, возникающем, а иногда и повторяющемся, в результате сочетанного влияния конституциональных (астеники, инфантильно-грацильные), психогенных и эндокринных (недостаточность гипофиза, половых желез) факторов.

Наши многолетние наблюдения свидетельствуют равным образом и о том, что в противовес литературным указаниям далеко не всегда следует относить к шизофрении и затяжные картины синдрома дисморрофобии, проявляющиеся в бредовом убеждении больных, что из-за тех или иных мнимых физических недостатков (безобразного лица, противного запаха и др.) над ними смеются, их избегают и т.п. Обе последние формы, в патогенетическом плане действительно в известной мере близкие, представляют собой в большинстве случаев, как показали катамнестические данные, различные по своей устойчивости

и тяжести сверхценные, бредоподобные и бредовые комплексы, развивающиеся при определенных условиях у психопатических подростков другого, чаще сенситивно-астенического типа.

Общий вывод, вытекающий из сказанного, сводится к тому, что навязчивые состояния, затяжная бредоподобная фантастика, стойкий систематизированный бред, явления «нервной анорексии» и синдрома дисморфофобии выступают у детей и подростков в большинстве случаев как проявления или форма развития психопатической личности. В рамки шизофрении – медленно текущих ее форм – эти синдромы должны быть с осторожностью включены, с нашей точки зрения, лишь в тех не частых случаях, когда в силу особой структуры самих синдромов и тех общих изменений психики, на фоне которых они выступают, больные начинают в относительно короткие сроки декомпенсироваться, утрачивать аффективные связи с окружающими, становятся малопродуктивными чудаковатыми и бездеятельными.

4. Не имея возможности остановиться на многих других важных вопросах дифференциальной диагностики шизофрении, в том числе и на важнейшем вопросе об ограничении ее от инфекционных психозов, мы касаемся вкратце лишь вопроса отношения периодической или интермиттирующей шизофрении у подростков к периодическим психозам другого типа.

Судя по литературным данным, так называемые «рекуррентные» формы шизофрении – периодические, интермиттирующие и др. – характеризуются нерегулярностью приступов, разной продолжительностью интервалов между ними (от 1/2 года до 10–20 лет), существенной ролью внешних вредностей в возникновении приступов, господством онейроидных, кататонических, аффективных и «фантастически грезоподобных» проявлений в их картинах и интермиссиями либо хорошими ремиссиями с длительной сохранностью работоспособности больных. В своей давней монографии Г. Е. Сухарева также указывала, что у подростков отмечается «волнообразность продвижения процесса», что особенно волнообразно протекает у них первый приступ шизофрении, «представляющий собою несколько, острых психотических вспышек с короткими интермиссиями между ними». Г. Е. Сухарева указывала тогда, что каждая из этих вспышек, число которых иногда велико, может длиться от нескольких дней до 1-2 месяцев, что она совпадают нередко с менструальным циклом, характеризуются острым началом и концом, частотой онейроидных, делириозных и аментивных нарушений сознания, длительным отсутствием у больных специфических изменений личности и др. Следует в данной связи подчеркнуть, что более соответствующими действительности являются, с нашей точки зрения, более поздние данные Г. Е. Сухаревой – и в частности тот факт, что в последнем издании своего

руководства она в главе о подростковой шизофрении почти вовсе не говорит о периодическом либо интермиттирующем течении этого страдания и выделяет периодические психозы у подростков из шизофрении, рассматривая их как отдаленное последствие мозговых инфекций и травм.

Не затрагивая в данной связи сложной и спорной проблемы периодических психозов в целом, следует, во-первых, подчеркнуть, что само понятие «периодические психозы» стало в последнее время очень расплывчатым, что оно без основания отождествляется с понятиями «рецидивирующие», «эпизодические», «циркулярные», «интермиттирующие», «фазовые» и др. Во-вторых, нельзя не подчеркнуть также, что если под периодическими понимать, в соответствии с взглядами ряда отечественных и зарубежных авторов, лишь психозы, характеризующиеся более или менее строгой периодичностью приступов, т.е. примерно одинаковой продолжительностью их самих и интервалов между ними, стереотипностью их картин, преобладанием в них различного типа нарушений сна и сознания, острыми началом и концом, временной связью с менструациями, а главное – отсутствием у больных каких-либо изменений психики даже после многих приступов и др., то случаи подлинно периодического течения шизофрении представляются у подростков, судя по нашим наблюдениям, весьма редкими и, пожалуй, спорными. Опыт наш показывает, что в случаях приступообразного течения шизофрении у подростков сравнительно быстро выявляются вполне отчетливые и характерные изменения психики, хотя и не всегда сразу приводящие больных к утрате трудоспособности и к социальной декомпенсации.

Все сказанное свидетельствует о том, что границы шизофрении у детей и подростков представляются все еще недостаточно определившимися и что при установлении этого диагноза у лиц юных возрастов необходима особая сдержанность и осторожность.

Романовская М.В., Фесенко Ю.А., Андреева Е.Ю.

ПАМЯТИ ЮРИЯ ВАСИЛЬЕВИЧА ПОПОВА

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С. С. Мнухина, Санкт-Петербург

7 сентября 2024 года на 79-м году ушел из жизни Юрий Васильевич Попов – один из ярких представителей Ленинградской школы подростковой психиатрии, сделавший немалый вклад в ее формирование и развитие.

Юрий Васильевич Попов – ученик А. Е. Личко и С. С. Мнухина, многолетний руководитель отделения подростковой психиатрии НИПНИ им. Бехтерева и главный редактор журнала «Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева», Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор.

Окончил Ленинградский педиатрический медицинский институт в 1970 году. Там же – клиническую ординатуру и аспирантуру. В 1975 году защитил кандидатскую диссертацию по эпилептологии, а в 1989 году – докторскую по проблеме расстройств личности. С 1985 по 2017 годы работал в должности заместителя директора по научной работе, и с 1993 до 2022 год руководил отделением лечения психических расстройств у лиц молодого возраста в должности главного научного сотрудника. В том же 1993 году получил звание профессора. В 2001 году за совокупность работ по подростковой психиатрии

был награжден Золотой медалью им. В. М. Бехтерева Российской Академии наук. Большое внимание Ю. В. Попов уделял международной деятельности: он плодотворно работал в Комитете по конфликтам и их разрешению Всемирной психиатрической ассоциации, в Совете директоров международного института по гуманитарным проблемам алкоголизма. Ю. В. Попов был одним из ведущих специалистов нашей страны в области подростковой психиатрии. Разработка проблем личности у подростков позволила Ю. В. Попову сформулировать оригинальную концепцию саморазрушающего поведения детей и подростков и многоосевую классификацию этих расстройств (зависимость от наркотиков, алкоголя, компьютера и т.д.), а также работать над проблемами суицидального поведения и сексуальных насилий среди детей и подростков. Ю. В. Попов – автор более 120 научных работ, включая 3 монографии. Являлся редактором и рецензентом многих книг.

Юрий Васильевич был для нас добрым, порядочным человеком с тонким чувством юмора. Он тепло и по-дружески относился ко всем специалистам ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина, всегда был желанным гостем на «Мнухинских чтениях», щедро делясь своим научным и практическим опытом с молодыми психиатрами.

Добрая память о Юрии Васильевиче Попове останется надолго в наших сердцах.



Юрий Васильевич Попов

Аброва Е.А., Тихонов С.В.

ПРОБЛЕМЫ В СФЕРЕ ДОСУГОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С. С. Мнухина, Санкт-Петербург

Аннотация: задача статьи обратить внимание на ряд проблем в сфере досуговой деятельности, способствующих формированию аутоагрессивного и суицидоопасного поведения у детей и подростков.

Ключевые слова: досуговая деятельность, аутоагрессия, суицидоопасное поведение, стресс, психотравма.

Ablova E. A., Tikhonov S. V.

PROBLEMS IN THE FIELD OF LEISURE ACTIVITIES AS A FACTOR IN THE FORMATION OF SUICIDAL BEHAVIOR IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

*St. Petersburg State Public Health Institution Center for Rehabilitation Treatment
“Child Psychiatry” n.a. S. S. Mnukhin, St. Petersburg*

Abstract. The purpose of the article is to draw attention to a number of problems in the field of leisure activities that contribute to the formation of autoaggressive and suicidal behavior in children and adolescents

Keywords: leisure activities, autoaggression, suicidal behavior, stress, psychotrauma.

Досуговая деятельность – это то, чем нравится заниматься человеку, что соответствует его ценностным ориентирам, социокультурным потребностям, и то, от чего он получает удовольствие [1].

Продуктивно организованная творческая досуговая деятельность обогащает и развивает личность ребенка, предоставляя возможность выбора заниматься теми видами деятельности, которые способствуют расширению кругозора, развитию творческих способностей, повышению самооценки, развитию волевых качеств через занятия спортом, туризмом, расширением круга общения. Известно, что досуговая деятельность может оказывать влияние на формирование личности человека, круг общения и даже на выбор профессии.

Многие родители серьезно подходят к организации досуговых занятий ребенка, так, чтобы они способствовали духовному и физическому развитию, помогая ему в учебной деятельности и во внешкольной жизни. Однако, при работе специалистов с детьми и семьями, разбирая причины депрессивных состояний, конфликтности и суицидального поведения обнаруживается, что проблемы в досуговой деятельности могут способствовать формированию подобных нарушений психического здоровья. Можно выделить несколько причин:

1) Выбор досуговой деятельности не соответствует желанию ребенка.

Пример: родители 12-летней Юли обратились к специалистам в связи с суицидным эпизодом дочери на улице. На глазах у знакомых девочка демонстративно порезала руку. В контексте беседы родители (спортивные тренеры, руководители спортивного центра) уверяют, что не давят на дочь, не требуют оценок, разрешают ей не заниматься спортом, настаивают на посещении кружков, в частности, записали на секцию хорового пения. В контексте беседы девочка робко высказывает желание не ходить на занятия хора, т.к. у нее там конфликты. На что родители жестко отвечают, что они уже заплатили за год и перестать посещать занятия можно только в конце учебного года. Данная ситуация – частный пример возникновения аутоагрессивных демонстративных действий у подростков в ответ на игнорирование их мнения близкими [2].

2) Досуговая деятельность является избыточной.

Пример. Девочка Анна 15-ти лет посещает психолога и психотерапевта в связи с переживанием внезапной смерти своего отца. Все время эти психотравмирующие переживания у Ани привели к сильной физической и эмоциональной истощенности. С Аней достигнут хороший контакт, на приемах открыто делится своими переживаниями, выполняет назначения врача психиатра. Анна хорошо учится, активно участвует в школьных мероприятиях. Кроме школы у Анны есть несколько увлечений: хор и театральная студия. В школе и на дополнительных занятиях Анна зарекомендовала себя как ответственный человек. Классный руководитель, педагоги по хору и театральной студии – значимые для Анны люди, после потери отца они стали для нее эмоциональной поддержкой. К новому году были намечены выступления в хоре и в театре. Вместе с этим школьный руководитель попросил Анну выступить на школьном вечере – почтить стихи. Не желая нарушить эмоционально значимые отношения, Анна согласилась. Подавляя волнение и усталость, наскоро подготовила выступление. Перед следующим выступлением, концертом хора, на репетиции Анна сильно напрягала голосовые связки, а потом простудилась. У нее пропал голос. Анна сообщила о своей болезни и невозможности выступить, чем вызвала бурю негодования у руководительницы хора. Здесь стоит отметить, что конфликтные ситуации в диаде «педагог – ученик» могут служить причиной психосоматических реакций, таких как «зажимы» в руках (физиологическая проблема игрового аппарата) и потеря голоса [3]. На следующем приеме у нее наблюдалось обострение переживаний утраты, появились размышления о смерти.

3) Межличностные отношения в коллективе.

Пример. На момент встречи с психологом Кристине 14 лет. С 4-х лет занимается танцами в крупной танцевальной студии. Занятия были несколько

раз в неделю, Кристина добилась больших успехов, часто в танце исполняла сольные партии. Педагоги часто хвалили ее и ставили в пример другим участницам. В 13 лет Кристину перевели в другую танцевальную группу, в сложившийся коллектив, где были девочки старше на 1-2 года. От преподавателей укрылось то, что Кристину новый коллектив не принял. Девочки знали об ее успехах, завидовали отношению к ней преподавателей, считали, что она будет претендовать на сольные партии. Девочки подшучивали над Кристиной, не давали ей места в раздевалке, придумывали обидные прозвища. Кристина ни с кем не делилась своими истинными переживаниями. Долго, с юмором рассказывала о «кознях» девочек в группе, но стала высказывать пожелания оставить танцы, на что родители возражали: 10 лет занятий! На фоне переживаний снизилась успеваемость в школе. Мама отчитала Кристину из-за «двоек». После этого девочка наглоталась таблеток, была госпитализирована с острым отравлением, находилась в реанимации. Безвыходная, по мнению ребенка, ситуация внезапно, по механизму «короткого замыкания», может привести к желанию покончить с собой [4]. Кристина около года наблюдалась специалистами. В школе осталась прежней, но танцевальную студию бросила (со скандалом и недовольством преподавателей). На приемах не сразу стала делиться своими переживаниями, была склонна их обесценивать, с юмором и артистизмом изображая девочек и педагогов студии.

4) Прекращение любимых досуговых занятий.

Причины прекращения занятий могут быть разные, как и различные реакции детей на прекращение занятий. Некоторые дети легко переключаются с одной досуговой деятельности на другую. Но если у ребенка сформировалась психологическая привязанность к занятиям, к коллективу и преподавателю, прекращение занятий может оказаться для него психологической травмой.

Пример. На приеме мальчик Андрей 12-ти лет, наблюдался различными специалистами по поводу невротических реакций. Мама рассказала, что 4 года Андрей занимался в секции роликов, это была единственная секция, куда он согласился ходить. Мальчику нравилось заниматься, сложились хорошие отношения с тренером. Внезапная смерть тренера была сильной психологической травмой для ребенка. На занятия с другими тренерами он ходить отказался, на роликах вообще перестал кататься. Родители подобрали для мальчика секцию конькобежного спорта, где пригодились навыки, полученные на занятиях с роликами. Мальчик стал кататься на коньках, постепенно втянулся в занятия, влился в коллектив, вследствие чего острота психологических переживаний снизилась.

5) Влияние личного отношения руководителя на психологическое состояние ребенка.

По наблюдениям специалистов личностные способности педагога (руководителя) досуговых занятий проявляется больше в коллективах, где задействованы творческие способности занимающихся. В танцевальных, музыкальных и театральных коллективах и студиях кроме навыков движения, пения, выученного текста, требуется еще проявить артистизм, в котором отражаются эмоции, настроение и личность выступающего. Чтобы добиться желаемого эффекта режиссер ориентируется на личностный потенциал студийца, используя разные методы воздействия на эмоции, психику и настроение последнего. Например, на приеме у специалистов Ольга 16 лет. Много лет занималась в прославленном театральном коллективе. В коллективе в детях формируется мотивация для хорошей актерской игры, серьезное, ответственное отношение к выходу на сцену, необходимость множества репетиций. Таким образом участники студии много времени проводят в театральных занятиях. За несколько лет занятий Ольга много достигала. Она – помощник режиссера, участница многих театрализованных проектов. Вместе с тем, под влиянием частых придиорок, подшучиваний и замечаний от режиссера у нее сформировалось четкое убеждение, что худоба – это красиво, и, чтобы получить роль, ей надо худеть как можно больше. Ольга придиорчиво относится к своей внешности, голосу, движениям. Девочка находит в интернете различные диеты, ругает себя за лишнюю еду, следит за своим весом, изредка задумываясь о суициде, если набирает «чрезмерный вес». Работать с такой пациенткой непросто, т.к. изменить сформированный собственный образ, который, по ее мнению, оценит режиссер, крайне сложно; иногда в таких случаях имеет смысл аккуратно попытаться подвести пациентку к мысли о возможности смены режиссерского класса.

Список литературы

1. Еремеева Л.И. (2017) «Досуговая деятельность как фактор саморазвития студенческой молодежи», Вестник Югорского государственного университета 2017, выпуск 1 (44).
2. Федотов Д.Д., Чудин А.С., Саркисов С.А. «О реактивно-обусловленных суицидальных попытках в детском, подростковом и юношеском возрасте» // Журнал невропатологии и психиатрии. 1978. № 10. С. 1559–1563.
3. Федорова А.М., Ксенофонтова С.Б., Никитина А.Ю. «Воздействие психотравмирующих факторов на будущих музыкантов и обоснование необходимости психологического сопровождения в музыкальном образовании» // Музыкальное искусство и образование / Musical Art and Education. 2021. Т. 9. № 2. С. 27–41.
4. Воронков Б.В. «Психиатрия детского и подросткового возраста. Психопатология. Диагностика. Клиника» СПб.: «Издательство наука и техника», 2022

Авакян Т.В., Евазова И.Т., Важнова У.А.

СРАВНЕНИЕ СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ ВЫРАЖЕННОСТИ ШКОЛЬНОГО СТРЕССА У ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ И БЕЗ НЕГО

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва

Аннотация: В ряде исследований была отмечена положительная связь между уровнем школьного стресса и суицидальным поведением у подростков. В настоящем исследовании были уточнены типы школьных стрессоров, которые отличают подростков с суицидальной попыткой от их сверстников без суицидального поведения.

Ключевые слова: школьный стресс, суицидальное поведение, подростки.

Avakyan T.V., Evazova I.T., Vazhnova U.A.

COMPARISON OF SUBJECTIVE ASSESSMENT OF ACADEMIC STRESS INTENSITY AMONG ADOLESCENTS WITH AND WITHOUT SUICIDAL BEHAVIOR

Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents n.a. G. E. Sukhareva, Moscow, Russia

Abstract. A number of recent studies have found a positive association between school stress levels and suicidal behavior in adolescents. The present study shows the types of school stressors that differentiate adolescents with suicidal attempt from their peers without suicidal behavior.

Keywords: academic stress, suicidal behavior, adolescents

Вступление. В одном из метаанализов, включающих 52 исследования подростков, было показано, что высокий уровень академического стресса связан с возникновением суицидального поведения [4]. Аналогичные данные были получены в китайском исследовании с участием 33635 учащихся 7-12 классов: общее увеличение школьного стресса связано с суициальными мыслями [5]. Ретроспективный анализ 479 случаев завершенных суицидов среди российских подростков показал, что в 37% случаев основной их причиной являлись именно учебные проблемы [1]. Таким образом, школьный стресс является значимым предиктором суицидальных мыслей и поведения среди подростков, что подчеркивает необходимость дальнейшего изучения его влияния на психическое благополучие учащихся.

Целью данной работы являлось сравнение субъективной оценки уровня выраженности школьного стресса между двумя группами подростков: с наличием суицидального поведения и без него.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие подростки (N=28), госпитализированные в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ» в связи с суицидальным поведением, а также их сверстники (N=28) из общеобразовательной школы г. Москвы без суицидального поведения (мыслей, намерений, попыток) в анамнезе. Критериями включения в клиническую группу являлись: совершенная суицидальная попытка как основная причина госпитализации; возраст от 13 до 17 лет; установленный врачом-психиатром диагноз, исключающий рубрику F20 или наличие признаков психотических расстройств. Средний возраст подростков клинической группы составил 15,21 лет, в контрольной – 16,29 лет. В обеих группах преобладают девушки (клиническая группа – 92% и группа сравнения – 74%). В клиническую группу вошли преимущественно учащиеся 9 (46,4%) и 10 (17,9%) классов, в группу сравнения – учащиеся 11 (48,1%) и 9 (22,2%) классов. Каждому подростку было предложено заполнить авторскую анкету, включающую 23 пункта с описанием ситуаций, которые потенциально могут вызывать школьный стресс. В результате факторного анализа все стрессоры разделились на 3 группы: Фактор 1. Академический стресс (например, высокая учебная нагрузка, трудности в усвоении учебного материала и др.); Фактор 2. Интерперсональный стресс (например, отношения с учителями и со сверстниками, конфликты с родителями из-за оценок и др.) и Фактор 3. Экзаменационный стресс (например, опасения из-за предстоящих экзаменов, страх провала на экзамене и др.). Подростки оценивали силу стресса, который потенциально может вызвать каждая из предложенных ситуаций, по 5-балльной шкале, где 1 – «Эта ситуация не кажется мне неприятной», а 5 – «Эта ситуация вызывает у меня много беспокойства и напряжения». В конце подсчитывался суммарный балл выраженности школьного стресса.

Результаты. Сравнительное исследование показало, что подростки, которые были госпитализированы после попытки суицида, оценивают стресс в школе как более выраженный ($M=77,25$) по сравнению со сверстниками без суицидального поведения ($M=60,28$), что подтверждается на статистическом уровне (U-критерий Манна-Уитни, $p=,020^*$). Ниже на рис. 1 отображаются только те пункты, по которым были выявлены достоверно значимые статистические различия. Как можно видеть на графике, более выраженную интенсивность стресса, возникающего в каждой из трех групп ситуаций, отметили подростки, совершившие суицидальную попытку.

Подростки из клинической группы выше оценивают стресс, связанный с предстоящими итоговыми экзаменами, несмотря на то что в контрольной группе суммарно больше учащихся выпускных классов (70,3% – ученики 9 и 11 классов). Подготовка к сдаче итоговой аттестации, совпадающая с кризисным периодом самоопределения подростка, вероятно, вызывает тревогу неудачи, неуверенность в ближайшем будущем и чувство беспомощности у группы

суицидентов. Среди академических стрессоров различия получены по таким параметрам как высокая учебная нагрузка и оценка знаний на контрольных и самостоятельных работах.

Наблюдается выраженная уязвимость подростков с суициdalным поведением к отвержению в школьной среде. Так, обнаружены различия по интерперсональному фактору – травля в классе (физический и реляционный буллинг; при этом в устных беседах госпитализированные подростки чаще упоминают именно реляционный буллинг – распространение слухов и сплетен, исключение из компании и др.), публичную критику со стороны учителей и повы-

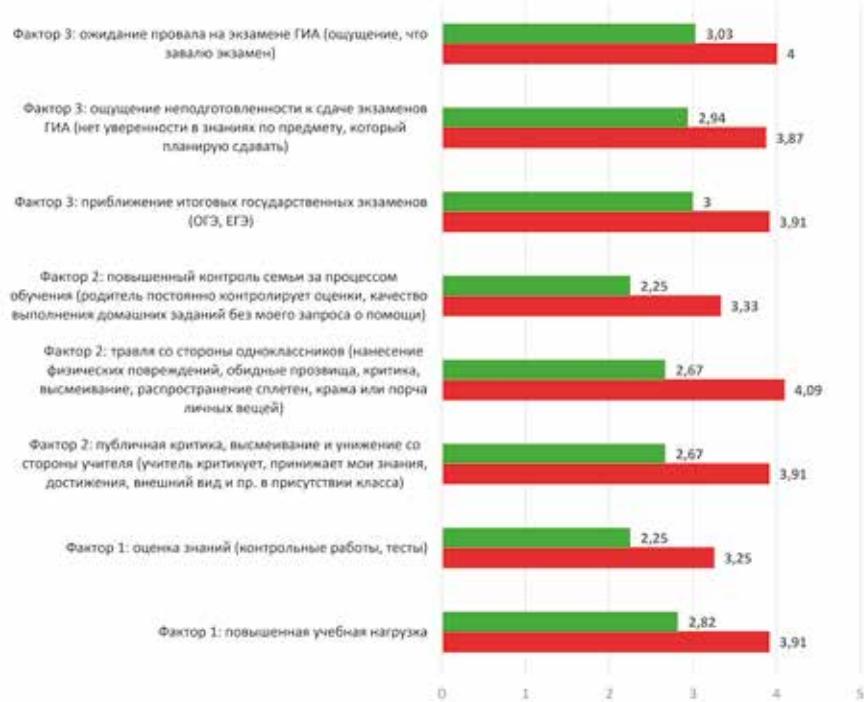


Рис. 1. Результаты сравнения оценки выраженности школьного стресса у подростков

Красные столбцы – клиническая группа; оранжевые столбцы – контрольная группа. Цифра в конце столбца указывает средний балл в группе.

На рисунке указаны те факторы, по которым получены достоверно значимые различия (критерий Манна-Уитни).

шенный контроль учебных достижений со стороны семьи. Известно, что опыт пренебрежения, психологического насилия в классе, а также родительская критика отрицательно влияют на психическое благополучие подростков через ухудшение психоэмоционального состояния и формирование негативных представлений о себе и других [3]. Образуется петля обратной связи: межличностный стресс может способствовать снижению успеваемости, что усиливает потенциальное влияние непосредственно академических стрессоров и делает подростков более подверженными школьному стрессу в целом [2].

Выводы. Подростки, совершившие суициdalную попытку, субъективно отмечают более высокий уровень школьного стресса, чем их сверстники без суициdalного поведения. Источниками стресса выступают повышенная учебная нагрузка, предстоящие экзамены, специфика межличностных отношений в классе и семье по поводу учебы. Повышение субъективной оценки выраженности школьного стресса может служить дополнительным индикатором ухудшения психоэмоционального состояния учащихся и повышать вероятность декомпенсации состояния подростков группы риска.

Список литературы

- Голенков А. В., Егорова К. А., Тайкина Я. Д., Орлов Ф. В. Самоубийства среди детей и подростков в России // Суицидология. – 2023. – Т. 14. – № 4. – С. 71-81. doi.org/10.32878/suiciderus.23-14-04(53)-71-81
- Miskimon K., Jenkins L. N., Kaminski S. Direct and indirect effects of bullying victimization on academic performance and mental health among secondary school students // School mental health. – 2023. – Т. 15. – №. 1. – Р. 220-230.
- Norman R. E., Byambaa M., De R., Butchart A. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis // PLoS medicine. – 2012. – Т. 9. – №. 11.
- Steare T., Guitierrez Munos C., Sullivan A., Lewis G. The association between academic pressure and adolescent mental health problems: A systematic review // Journal of Affective Disorders. – 2023. – Т. 339. – Р. 302-317
- Zhang Y.-Y., Lei Y.-T., Song Y., Lu R.-R. Gender differences in suicidal ideation and health-risk behaviors among high school students in Beijing, China // Journal of Global Health. – 2019. – Т. 9. – Р. 1–6. doi:10.7189/jogh.09.010604

Алексеева А.М., Агранович З.Е.

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ МАЛЬЧИКОВ 7-11 ЛЕТ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ДЕТСКОЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ СТАЦИОНАРНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С. С. Мнухина, Санкт-Петербург

Аннотация: целью исследования стало изучение особенностей суицидального поведения мальчиков 7-11 лет, госпитализированных в стационарное отделение, распределение пациентов в зависимости от нозологической принадлежности психического расстройства. Получены данные о ведущих причинах и преобладающих типах суицидального поведения в исследуемой группе.

Ключевые слова: суицидальное поведение, психическое расстройство, дети.

Alekseeva A. M., Agranovich Z. E.

FEATURES OF SUICIDAL BEHAVIOR OF BOYS AGED 7-11 YEARS WHO WERE HOSPITALIZED IN A CHILDREN'S PSYCHIATRIC INPATIENT DEPARTMENT

Rehabilitation Center «Child Psychiatry» n.a. S. S. Mnukhin, St Petersburg, Russia

Abstract. The aim of the study was to study the characteristics of suicidal behavior of boys aged 7-11 years who were hospitalized in an inpatient department, the distribution of patients depending on the nosological affiliation of the mental disorder. Data on the leading causes and prevailing types of suicidal behavior in the study group were obtained.

Keywords: suicidal behavior, mental disorder, children.

Распространенность суицидальных действий среди детей и подростков, количество суицидов, совершаемых несовершеннолетними за последние годы, вызывает серьезные опасения [1, 2]. По данным государственной статистики, в России частота суицидальных действий среди молодежи в течение последних двадцати лет выросла в 2 раза [3]. Одна из групп высокого суицидального риска – лица, страдающие психическими заболеваниями, при этом суицидальное поведение у детей является одним из видов личностно-поведенческих реакций [4].

Суицидальная проблематика госпитализированных в общепсихиатрическое отделение №4 для обслуживания детского населения ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина не является частым явлением, но она требует особого внимания, серьезного отношения при анализе причин, механизмов формирования, изучения семейной ситуации и социального окружения ребенка для выстраивания дальнейшей системы коррекционных мероприятий и предотвращения повторных суицидных попыток.

На первом этапе работы с такими пациентами в условиях стационарного отделения проводились:

- экспериментально-психологическое обследование с целью исследования эмоциональной сферы, характерологических особенностей и уровня интеллектуального развития;

- стандартная логопедическая диагностика с целью определения структуры и степени выраженности речевого дефекта пациентов, оценки сформированности школьных навыков для выявления возможных трудностей в учебном процессе.

С целью оценки симптомов проявлений анализировалась медицинская и педагогическая документация, проводились беседы медицинского психолога и логопеда с ребенком и его родителями (законными представителями), специалистами, педагогами, медицинским персоналом отделения, велось наблюдение за пациентом в различных видах деятельности в процессе пребывания в стационаре. На втором этапе работы совместно с лечащим врачом обсуждались результаты наблюдения, интервью, бесед, экспериментально-психологического и логопедических исследований с целью разработки и реализации индивидуальной психокоррекционной программы для каждого ребенка.

В настоящей работе представлены клинико-психологические характеристики пациентов с суицидальными тенденциями, госпитализированных в №4 ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина в 2023-2024 гг. (всего 44 ребенка мужского пола в возрасте от 7-ми до 11-ти лет).

Суицидные попытки отмечались у 8-ми пациентов (причем 5 из них пытались выпрыгнуть из окна, 1 ребенок пытался зарезать себя ножом, 1 пациент совершил прием психотропных препаратов, 1 мальчик попытался удушить себя ремнем), в 7-ми случаях суицидальное поведение носило импульсивный характер. Наличие суицидальных высказываний и угроз было выявлено в 36-ти случаях. Хочется отметить отсутствие случаев очень распространенного в последнее время самоповреждающего поведения.

В таблице 1 представлено распределение пациентов в зависимости от нозологической принадлежности психического расстройства.

Из представленной таблицы видно, что суицидальные тенденции в 71% случаев выявляются в структуре поведенческих расстройств как реакция на стресс и другие неблагоприятные факторы; на втором месте по частоте распространения суицидальные тенденции отмечаются у пациентов с резидуально-органическим поражением головного мозга (20%).

К факторам, влияющим на развитие суицидальных тенденций у детей, относятся биологическая предрасположенность, особенности семьи и семейного воспитания, конфликты с родителями, со сверстниками, школьные

Таблица 1

Распределение пациентов с суицидальными тенденциями по различным нозологическим формам

Психические расстройства	Количество человек	%
Расстройства поведения и эмоций	31	71%
Психические расстройства на фоне органического поражения головного мозга	9	20%
Умственная отсталость	2	5%
Депрессия	1	2%
Шизофрения	1	2%

проблемы, индуцирование суицидального поведения средствами массовой информации (телеvisãoение, различные интернет-контенты).

При детальном анализе причин суицидального поведения пациентов нашей группы преобладающими по частоте проявления являлись конфликтные отношения с родителями (24 пациента, 55%), на втором месте – неуспешность в учебной деятельности, школьная дезадаптация, проблемы с одноклассниками и педагогами (14 пациентов, 31%), на третьем месте – конфликтные отношения со сверстниками (4 пациента, 9 %). В одном случае причиной суицидального поведения послужил конфликт мальчика с педагогом социального учреждения, в которое он был определен недавно, испытывал трудности адаптационного характера, переживал утрату (смерть матери). Еще в одном случае суицидальные угрозы были обусловлены психотической симптоматикой.

Несмотря на выявление конфликтных взаимоотношений с родителями как преобладающего фактора, нам кажется некорректным выделение одной из причин суицидального поведения изолированно. В большинстве случаев имела место совокупность нескольких неблагоприятных психологических факторов. Так, например, сочетание затянувшегося конфликта с родителями и несостоительности в школе, по результатам нашего исследования, стало ведущей причиной в возникновении суицидального поведения.

Исходя из мотивации и механизмов формирования, были выделены 2 типа и несколько вариантов суицидального поведения внутри каждого типа:

1. Демонстративное суицидальное поведение

А). Демонстративно-шантажная реакция с агрессивным компонентом. Ребенок стремился доказать свою правоту и отомстить обидчику, проявляя вербальную или физическую агрессию. Как правило, такие пациенты

обнаруживали возбудимые или демонстративные черты, невысокий уровень интеллектуального развития (14 пациентов, 32%).

Б). Демонстративно-шантажные реакции с манипулятивной мотивацией. Ребенок совершал суицидальные действия с целью получения желаемого, у таких пациентов преобладали истероидные черты, капризность, манипулятивность (17 пациентов, 39%).

2. Аффективное суицидальное поведение

А). Суицидальные действия на высоте аффекта, характеризовались импульсивным аффективным реагированием на психотравмирующую ситуацию (11 пациентов, 25%).

Б). Суицидальные действия с мотивацией самоустранныя обусловлены конфликтными взаимоотношениями (чаще в группе сверстников), ребенок не мог разрешить конфликтную ситуацию в связи с тревожностью, низкой самооценкой, переживанием чувства вины и неполноты, такие пациенты характеризовались нерешительностью, чувствительностью, ранимостью, преобладанием сензитивных, эмоционально-лабильных черт в структуре личности (2 пациента, 4%).

Таким образом, вариант демонстративных реакций с манипулятивной мотивацией стал ведущим типом суицидального реагирования мальчиков 7-11 лет, что вызывает обеспокоенность в связи с вероятностью закрепления данного способа поведения и возможного повторения в схожих обстоятельствах.

Выводы:

- наибольшая выраженность суицидальных тенденций отмечается у пациентов с расстройствами поведения и эмоций как реакция на стресс и другие отрицательные воздействия;

- при анализе причин суицидального поведения представляет важность совокупность нескольких неблагоприятных психологических факторов. Сочетание затянувшегося конфликта с родителями и несостоительности в школе (трудности в учебе, школьная дезадаптация) стало ведущей причиной в возникновении суицидального поведения;

- преобладающий тип суицидального реагирования в исследуемой группе представлен демонстративными реакциями с манипулятивной мотивацией.

Таким образом, определение причин и факторов, увеличивающих или уменьшающих риск суицидальных тенденций, может помочь оценить вероятность совершения суицида. Важно учитывать совокупность всех факторов в каждом конкретном случае, чтобы своевременно оказывать необходимую и адекватную помощь для предотвращения суицидального поведения пациентов.

Список литературы

1. Положий Б. С. Интегративная модель суицидального поведения // Рос. психиатр. журн. – 2010. – № 4. – С. 55–63.
2. Положий Б. С., Панченко Е. А. Клинико-социальные характеристики лиц, совершивших суицидальные попытки // Российский психиатрический журнал, 2008. – № 2. – С. 16 – 20.
3. Романовская М. В., Андреева Е. Ю., Бычковский Д. А., Фесенко Ю. А. Профилактика суицидоопасного поведения у детей и подростков. XXI Мнухинские чтения. Научная конференция с международным участием «Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и другие актуальные психические расстройства: вызовы современной реальности» 28 марта 2024 года. Сборник материалов конференции. Под общ. ред. М. В. Романовской, Ю. А. Фесенко, Д. Ю. Шигашова. СПб, 2024. С. 252-259.
4. Фадеев Д. В., Ерышова Н. В., Громова В. А., Громыко В. Д., Гречаный С. В. Профилактика суицидов среди несовершеннолетних с расстройствами личности. XIII Мнухинские чтения. Международная научная конференция «Расстройства личности, адаптации и поведения в детском и подростковом возрасте» 26 марта 2025 года. Сборник статей. Под общ. ред. Ю. А. Фесенко, Д. Ю. Шигашова. СПб: Альта Астра, 2015. С. 187 – 189.

Алигаева Н. Н.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАСТОЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ИГРЫ «НА ГРАНИ» ДЛЯ СНИЖЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПОДРОСТКОВ

ФГБОУ ВО «Калужский государственный университет им. К. Э. Циолковского»,
г. Калуга

Аннотация. Основной целью работы являлось изучение эффективности настольной психологической игры «На грани» в снижении суицидального риска у подростков. Игра проводилась в индивидуальном формате с учениками 7-8 классов в возрасте 13-14 лет в количестве 10 человек с тенденцией к высоким показателям суицидального риска и способствовала улучшению механизмов преодоления трудностей, снижению чувства безнадежности и повышению уверенности в себе.

Ключевые слова: кризисное состояние, суицидальный риск, несовершеннолетние, психологическая коррекция, психологические методы.

Aligaeva N. N.

USING THE PSYCHOLOGICAL BOARD GAME "ON THE EDGE" TO REDUCE SUICIDE RISK IN ADOLESCENTS

Kaluga State University n.a. K. E. Tsiolkovsky, Kaluga, Russia

Abstract. The main objective of the work was to study the effectiveness of the psychological board game «On the Edge» in reducing the risk of suicide in adolescents. The game was conducted in an individual format with 10 students of grades 7-8 aged 13-14 with a tendency to high rates of suicide risk and contributed to the improvement of coping mechanisms, a decrease in the feeling of hopelessness and an increase in self-confidence.

Keywords: crisis conditions, suicidal risk, minors, psychological correction, psychological methods.

В России каждый год регистрируется примерно 4 тысячи попыток суицидов и 1,5 тысячи завершённых самоубийств, при этом львиная доля последних совершается подростками. Например, в 2021 году было зарегистрировано 753 подростковых самоубийства [4]. Причинами высокого суицидального риска среди подростков могут выступать семейные факторы (история самоубийства или суицидальные попытки в семье, эмоционально-холодный, контролирующий стиль воспитания), низкая самооценка, переживание стыда за себя, беспомощность (ощущение невозможности контролировать ситуацию), социальная изоляция, ощущение безнадежности, несформированное понимание смерти, нежелательные последствия ранних половых отношений, частые переезды в раннем детстве, недавно выявленное психическое расстройство. Основным

фактором резкого повышения суициdalного риска выступают стрессовые события, приводящие к кризисному состоянию – острые конфликты между родителями и детьми, сексуальное, физическое и эмоциональное насилие, крушение близких отношений, разлука или ссора с друзьями, запугивание, издевательства (буллинг, кибербуллинг) со стороны сверстников. Следствием данного кризисного состояния является социально-психологическая дезадаптация, которая сопровождается негативными или тревожно-депрессивными переживаниями и может приводить к истинным суициdalным и самоповреждающим формам поведения [2]. Согласно Э. Шнейдману поиск решения выступает общей целью суицидов, соответственно, данными действиями (в том числе демонстративными) человек пытается решить задачу избавления от душевной боли (psychache) или удовлетворения значимой потребности [3].

Несовершеннолетние являются уязвимой категорией граждан из-за их физической, психологической и социальной незрелости, поэтому требуется реализация своевременной психологической и педагогической помощи для профилактики суициdalного поведения и актов членовредительства при возникновении стрессовых ситуаций.

Развитие личности характеризуется чередованием периодов стабильности и кризисов. Кризис, в переводе с древнегреческого языка, означает «решение» или «поворотный пункт». Это период перехода, переломный момент, когда привычные способы достижения целей оказываются неэффективными, что приводит к возникновению непредвиденных обстоятельств. По мнению Эрика Эрикссона, именно нахождение в таком переходном состоянии способствует формированию новых качеств личности. Результат преодоления кризиса может быть как положительным, так и отрицательным. В первом случае человек приобретает новое позитивное качество. Во втором – негативное качество, а сама проблема переносится на более поздний этап развития, требуя для своего решения еще больших усилий.

Задача специалиста при работе с несовершеннолетними как раз и заключается в содействии развития особенностей зрелой личности: адекватного восприятия себя самого, адекватного восприятия других людей, адекватного восприятия окружающего мира, реальности, баланса между общительностью и склонностью к одиночеству, целостности личности во всех ее проявлениях, наличия «высших общественных» интересов, чувства внутреннего спокойствия и равновесия, постоянного стремления к совершенствованию [1].

В ФГБОУ ВО «Калужский государственный университет им. К. Э. Циолковского» была разработана настольная психологическая игра «На грани: поиски путей преодоления кризисных состояний» для использования в индивидуальной и групповой работе с клиентами разных возрастов, в том числе с подростками. Открывая новые горизонты понимания себя и других, игра



Рис. 1. Настольная психологическая игра «На грани: поиски путей преодоления кризисных состояний»

превращается в трансформационный опыт, призванный изменить восприятие кризисной ситуации и личной ответственности за свою жизнь. Игроки учатся распознавать знаки кризиса, усиливая свои навыки преодоления трудностей. В состав игры включены игральная доска с игровой рулеткой, фишки, песочные часы, фигуры для расстановки, карты с вопросами, ситуациями, ненормативными кризисами. Игровое поле разделено на 8 цветов, каждый из которых олицетворяет определенный возрастной кризис, согласно теории Э. Эрикссона (рис. 1).

В настоящий момент представлены три варианта реализации игры (более подробное описание представлено в инструкции игры).

1) Первый вариант игры предполагает групповое участие. Участникам игры предоставляется карта времени, на которой необходимо отметить значимые события прошлого/настоящего/будущего. События могут быть реальными (события прошлого и настоящего) и воображаемыми (события будущего).

Указанные события могут оказать помощь участникам при прохождении кризисных этапов. Далее участники игры имеют возможность самостоятельно занять позицию у поля и вытянуть из тщательно перемешанной колоды карту, на которой указан цвет соответствующего кризиса. Основная задача участников – пройти все возрастные кризисы и собрать все фишki разных цветов (кроме своего).

2) Второй вариант игры возможен как в групповой, так и в индивидуальной форме. Участники выбирают себе персонажей из предложенных фигур для расстановок. Все фигуры становятся на первое поле, олицетворяющее первый возрастной кризис. Ведущий достает из колоды ситуации карту и дает задание группе решить описанную задачу. Этап считается пройденным, если участники приходят к конкретному решению данной задачи. Ведущий принимает решение о переводе участников на следующий этап или оставляет их на прежнем. Игра заканчивается, когда все участники пройдут все игровые поля.

3) Третий вариант игры предназначен для консультаций и коррекционных занятий семейных пар и их детей. Участники выбирают себе персонажей из предложенных фигур для расстановок и ставят свои фигуры на цвета полей, соответствующие кризису их возрастного периода в настоящее время. Основная задача специалиста показать участникам, с какими сложностями им и их близким приходится сталкиваться на данном этапе и в ходе совместной дискуссии найти выходы из кризисных ситуаций.

Игра была реализована в индивидуальном формате с учениками 7-8 классов в возрасте 13-14 лет в количестве 10 человек, у которых были выявлены тенденции к высоким показателям суицидального риска по методике «Опросник суицидального риска» в модификации Т. Н. Разуваевой. Занятия с обучающимися проходили на протяжении одного месяца в количестве 12 встреч и длительностью 60-90 минут. Для подростков было создано безопасное и поддерживающее пространство для обсуждения психического здоровья и суицида. В результате реализации игры у учеников повысилась способность распознавать кризисные ситуации, навыки решения проблем, принятия решений и регулирования эмоций, а также способность обращаться за помощью в случае необходимости.

Таким образом, разработка и своевременная реализация современных методов взаимодействия с подростками может способствовать снижению симптомов депрессии, тревоги и суицидальных мыслей, повышению самооценки и уверенности в себе, улучшению межличностных отношений и социальных навыков, психического здоровья и благополучия в подростковом возрасте, повышение общей жизнестойкости и устойчивости к стрессам. Игра обеспечивает безопасное и увлекательное пространство для подростков, чтобы исследовать факторы риска и защитные факторы, связанные с суицидальным

поведением, и развивать навыки преодоления трудностей. Исследование подчеркивает важность творческих и инновационных подходов к профилактике суицида. Настольные психологические игры могут быть эффективным дополнением к традиционным методам лечения, помогая подросткам развивать навыки, необходимые для преодоления суицидальных мыслей и поведения.

Список литературы

1. Бонкало Т. И., Полякова О. Б. *Психология кризисных состояний: учебник для обучающихся по направлениям медицинского и психологического образования*. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. 340 с.
2. Диагностика суицидального поведения: Метод. рекомендации / Министерство здравоохранения РСФСР, [Моск, НИИ психиатрии; Сост. А. Г. Амбрумовой, В. А. Тихоненко]. Москва: Б. и., 1980. 48 с.
3. Шнейдман Э. Десять общих черт самоубийств и их значение для психотерапии // Суицидология: прошлое и настоящее. Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и художественных текстах / Сост. Моховиков А. Н. М., Когито-центр, 2001. С. 71-74.
4. Bellman V., Namdev V. *Suicidality among men in Russia: a review of recent epidemiological data*. Cureus. 2022 Mar 9; 14 (3): e22990. DOI: 10.7759/cureus.22990

Андреева Ю. В.

СИТУАЦИЯ УСПЕХА КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

Башкирский государственный педагогический университет им. М. Акмуллы, г. Уфа

Аннотация. Статья посвящена вопросу профилактики суицидального поведения подростков путём применения ряда педагогических мер. Подробно описаны педагогические аспекты создания ситуации успеха в учебной деятельности как средства профилактики суицидального поведения с возможностью повышения учебной мотивации и академической успеваемости, личностной самореализации и достижения успеха.

Ключевые слова: успех, ситуация успеха, методика, профилактика суицидального поведения.

Andreeva Yu.V.

THE SUCCESS SITUATION AS A METHOD OF CREATING A FAVORABLE EDUCATIONAL ENVIRONMENT

Bashkir State Pedagogical University n.a. M. Akmulla, Ufa, Russia

Abstract. The success situation as a means of preventing suicidal behavior in adolescents. The article is devoted to the prevention of suicidal behavior of adolescents through a number of pedagogical measures. The pedagogical aspects of creating a situation of success in educational activities as a means of preventing suicidal behavior with the possibility of increasing educational motivation and academic performance, personal self-realization and success are described in detail.

Keywords: success, success situation, methodology, prevention of suicidal behavior.

Введение. Проблема суицидального поведения является одной из самых актуальных и обсуждаемых в педагогической науке и психологической практике. «Не случайно проблема суицидального поведения вышла на государственный уровень» [4, с. 4]. Так, например, за последние десятилетия отмечалось увеличение количества суицидов, связанных с игрой в социальных сетях «Синий кит». Кто такие эти подростки, вовлекаемые в опасную игру со смертью? Прежде всего – те, которым недостаёт внимания и понимания со стороны близких людей. Это подростки, желающие быть вовлеченными в сообщество и быть принятыми другими людьми. Подростки, не уверенные в себе, не достигшие успеха в обществе; невостребованные, ненужные или пережившие личную трагедию. Иногда это подростки, ищущие риск, интригу, тайну, чтобы, в итоге, выйти победителем! Иногда не ищут смерти – ищут способов проверки себя на выживание, чтобы потом гордиться, что выжил. Опасная игра тогда выступает как ритуал, как инициация силы.

Могут ли педагоги и родители оградить своих детей от системной работы по втягиванию детей в опасные игры? Кроме того, чтобы отобрать телефон, обратиться в правоохранительные органы или психологическую службу, у педагогов есть возможность обеспечить психологическую безопасность на уроке, на обычном учебном занятии, каждый день. Ситуация успеха – это безопасный, но сильный эпизод в жизни подростка. Значимый эмоциональный эпизод! Достигая успеха, подросток получает высокий статус в ученическом сообществе. Кто такой учитель в данной группе? Человек, который гарантирует помочь в достижении. В силу особенностей подросткового возраста помочь носит скрытый характер.

В рамках нашего исследования представляет научный интерес точка зрения Юрия Фесенко – автора учебника для вузов «Суициды у несовершеннолетних», который рассматривает современное состояние проблемы суицидального поведения подростков, его причины, способы диагностики и лечения, а также меры по его профилактике. Возникает вопрос междисциплинарного характера: может ли педагогика, философия, психология, с учётом того, что причины суицида – «школьные проблемы – 13%» [4, с. 8], предложить свои меры их профилактике? На наш взгляд, да, может, если создать ситуацию успеха в учебной деятельности.

Впервые анализ проблемы создания ситуации успеха встречается в философии Аристотеля, М. Монтеня, Ж-Ж. Руссо. Дальнейшее свое развитие он получает и в наши дни в исследованиях российских и зарубежных философов (В.И. Бакштановского, Ю. В. Согомонова, В. А. Чурилова, Г.Л. Тульчинского); гуманистов (А. Маслоу, К. Роджерса, В. Франкл и др.), психологов (Э.Ш. Натанзон, И. Л. Финько, К. А. Абульхановой-Славской, А. Г. Асмолова).

В целом с философских позиций успех выступает как характеристика деятельности, включающая мотив, смысл, цель и средства его достижения.

В педагогической науке проблема создания ситуации успеха получает свое развитие благодаря трудам К. Д. Ушинского, А. С. Макаренко, В. Ф. Шаталова и А. С. Белкина и др. Здесь успех – основа учебной мотивации и академической успеваемости.

При этом, и с педагогических позиций успех выступает ключевым компонентом деятельности. Здесь успех может выступать не только в качестве мотива и цели, но также – как результат и даже оценка деятельности.

В рамках наших научных интересов успех рассматривается в учебной деятельности как значимый учебный результат, который совпал с целями и ожиданиями личности [1]. Это определение согласуется с основными положениями федеральных стандартов в сфере образования, по которым целью образования является не предметный, а личностный результат, то есть не сумма

знаний, умений и навыков, накопленных в процессе обучения, а личностные преобразования человека.

В современной трактовке в педагогике есть близкое успеху понятие – ситуация успеха, которое рассматривается в трудах С. Соловейчика, В. Ф. Шаталова, Ш. А. Амонашвили, Е. Н. Ильина и др. Ситуация успеха выступает здесь как феномен, который проявляется себя с позиций обретения и сохранения чувства собственного достоинства и рассматривается с позиции личностно-ориентированного подхода и в общении.

Методика создания ситуации успеха в учебной деятельности рассматривается в рамках педагогики и педагогической психологии (А.С. Белкиным, В. Ю. Питюковым, М. М. Поташником, С. А. Смирновым, Т. И. Шамовой, Н. Е. Щурковой и др.).

На основе анализа научной литературы наблюдается противоречие: между научным интересом к проблеме создания ситуации успеха и недостаточной практической разработкой методов и методик создания ситуации успеха как профилактики суицидального поведения, в рамках которой открывается возможность личностной самореализации школьника, повышения его учебной мотивации, академической успеваемости.

Цель исследования – раскрыть педагогическое содержание ситуации успеха как совокупности благоприятных условий и методов повышения учебной мотивации, академической успеваемости, личностной самореализации и достижения успеха в учебной деятельности.

Результаты исследования. На современном этапе педагогической науки и образовательной практики имеется ряд благоприятных педагогических средств и методов, обеспечивающих психологическую безопасность в учебной деятельности.

Ситуация успеха в учебной деятельности – ряд благоприятных психолого-педагогических условий и методов с возможностью достижения успеха в учебной деятельности.

Как методика профилактики суицидального поведения на примере учебной деятельности, ситуация успеха предполагает:

- *снятие страха* – метод, который позволяет личности преодолеть неуверенность в собственных силах, робость при устном ответе у доски, боязнь негативной внешней оценки;

- *авансирование успешного результата* [2] – метод, который позволяет учителю выразить свою убеждённость в успехе ученика;

- *дифференцированный подход в обучении* [3] – метод, который помогает каждому учиться в своём темпе и ритме и справиться с учебным заданием; метод, который повышает академическую успеваемость путем активизации познавательных интересов школьников, их мотивов к учебной деятельности;

- *сочетание всего разнообразия методов обучения*, что в целом повышает прочность усвоения знаний. Среди них: похвала; «эмоциональное поглаживание»; «Я-высказывания»; «Недописанный тезис»; «Когнитивная репетиция» и др.

Цель создания ситуации успеха – предоставить подростку возможность достижения значительных результатов в учебной деятельности, понять и раскрыть собственные возможности, сохранить чувство собственного достоинства, испытать радость достижения, поверить в себя.

Критерии создания ситуации успеха как профилактического средства суицидального поведения: раскрытие познавательных интересов и повышение учебной мотивации; повышение уверенности в себе; развитие активности; наличие благоприятного психологического климата на учебном занятии.

Заключение. Ситуация успеха – такая методика, в рамках которой открывается возможность достижения успеха как значимого учебного результата деятельности; повышения учебной мотивации и успеваемости.

Исследование не претендует на исчерпывающую полноту. Большая часть проблем, связанных суицидальным поведением, это проблемы психиатрии. Однако, часть проблем, нередко приводящих к суициду, способна решить педагогическая наука. Среди них: низкая успеваемость, трудности обучения в школе. Со ссылкой на В. А. Сластенина мы можем утверждать, что ситуация успеха – такая ситуация, в которой подросток обязательно справится с заданием

Список литературы

1. Андреева Ю. В. *Создание ситуации успеха в учебной деятельности подростков*. Дис.канд.пед.наук. Екатеринбург, 2003. 172 с.
2. Белкин А. С. *Ситуация успеха. Как её создать?* Кн. для учителя. М.: Просвещение, 1991. 176 с.
3. Сластенин В. А. *Педагогика: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений* / В. А. Сластенин, И. Ф., Исаев, Е. Н. Шиянов; под ред. В. А. Сластенина. М.: Издательский центр «Академия», 2002. 576 с.
4. Фесенко Ю. А. и др. *Суициды несовершеннолетних: учебник для вузов*. М.: Юрайт, 2024. 260 с.

Бадалов А.А.

ДИСФУНКЦИЯ АССОЦИАТИВНЫХ ОБЛАСТЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА КАК НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕДИКТОР ФОРМИРОВАНИЯ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ И СУИЦИДАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ

Межгосударственная образовательная организация высшего образования
«Кыргызско-Российский Славянский университет им. первого Президента
Российской Федерации Б. Н. Ельцина», г. Бишкек, Кыргыстан

Badalov A. A.

DYSFUNCTION OF ASSOCIATIVE BRAIN REGIONS AS A NEUROPHYSIOLOGICAL PREDICTOR OF THE FORMATION OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR AND SUICIDAL ACTIVITY

Interstate Educational Organization of Higher Education Kyrgyz-Russian Slavic University n.a. the First President of the Russian Federation B. N. Yeltsin, Bishkek, Kyrgyzstan

Актуальность. Самоповреждающее поведение (selfharm, СП) – поведенческая активность, связанная с преднамеренным нанесением себе телесных повреждений, не имеющая при этом суициdalной направленности. В современной психиатрической клинической практике, особенно в рамках подростковых психических расстройств, самоповреждающее поведение становится одной из наиболее распространенных причин обращения к врачу, что обуславливает актуальность необходимости исследования данного феномена, в том числе с привлечением междисциплинарного методологического инструментария. Согласно большому количеству исследовательских работ, в основе самоповреждающего поведения лежат деперсонализационные расстройства, включающие в себя большое количество самых разнообразных нарушений схемы тела, как в соматопсихическом, так и в аутопсихическом вариантах. Согласно авторской концепции, в основе деперсонализации, приводящей к реализации самоповреждающего поведения, должен лежать специфический нейрофизиологический базис, являющийся предиктором ее возникновения.

Материалы и методы. Обследованы 181 респондент (средний возраст $20,4 \pm 2,9$) с комбинированной формой психопатологического диатеза (данный психопатологический феномен использован в качестве модели исследования в связи с большой частотой встречаемости деперсонализационных расстройств, в том числе сопровождающихся самоповреждающим поведением), методами исследования которых стали спектральный и кросскорреляционный анализ ЭЭГ. В качестве контрольной группы (КГ) использовались записи ЭЭГ 330 испытуемых (средний возраст $23,1 \pm 5,4$) из нормативной базы данных HBI Database.

Результаты исследования. Полученные данные спектрального анализа ЭЭГ демонстрируют увеличение представленности высокочастотного альфа-диапазона в ассоциативных отделах головного мозга – преимущественно правых нижнетеменных и префронтальных областях. Учитывая, что альфа-ритм описывается как в первую очередь ритм «холостого хода», эти данные свидетельствуют о снижении функциональной активности данных областей и/или возможности формирования измененного их функционирования. Данные, полученные по результатам кросскорреляционного анализа ЭЭГ также подтверждают снижение количества и интенсивности интегративного синтеза в указанных отделах головного мозга исследуемых лиц. Так как описываемые области коры являются основными зонами, ответственными за формирование схемы тела и программирование активной деятельности (в том числе регулирования импульсивной активности), указанные особенности их функционирования, по всей вероятности, являются искомым морфофункциональным базисом, ведущим к повышению готовности образования деперсонализационных расстройств и нарушений схемы тела, которые, в свою очередь, увеличивают возможную частоту возникновения самоповреждающей поведенческой активности.

Байкеев Р.Ф.

**СУИЦИД: ВАРИАНТ БОЛЕЗНИ МОЗГА ПО ПРИЧИНЕ ДЕФИЦИТА
АТФ И НАРУШЕНИЯ СИНТЕЗА DE NOVO**

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань

Аннотация. Предложена теория, объясняющая суицидальное поведение индивидуума. Ключевым является нарушение генерации АТФ в нейронах и синтез de novo молекулярных составляющих нейронов мозга. Мотивом суицидального действия является желание индивидуума купировать гибель нейронов.

Ключевые слова: нейрон, дефицит АТФ, нарушение синтеза de novo.

Baikеev R.F.

**SUICIDE: A VARIANT OF BRAIN DISEASE DUE TO LACK
OF ATP AND VIOLATIONS OF DE NOVO SYNTHESIS**

Kazan State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Kazan, Russia

Abstract. A theory explaining the suicidal behavior of an individual is proposed. The key item is a disruption of ATP generation in neurons and de novo synthesis of the molecular constituents of brain neurons. The motive for suicidal action is the individual's desire to stop the death of neurons.

Keywords: neuron, ATP deficiency, de novo synthesis disorder.

Позиции клинической психиатрии хотя и остаются незыблемыми необходимость развития биологической психиатрии очевидна. Ранее с элементами подобного подхода было предложено объяснять суицид человека [1]. Критическим моментом для перехода поведения человека из социального в суицидальное является момент, когда блокируется регенерация молекул нейрона, обусловленный дефицитом синтеза АТФ или его чрезмерным расходом, вследствие чрезмерного функционирования нейрона, без последующего синтеза новых молекул нейрона, заменяющих молекулы, подвергаемые катаболизму. Данный подход находит подтверждение при исследовании пациентов с попыткой суицида методом fMPT (in vivo), отражающего увеличению или уменьшению потребления О₂, вовлекаемого в синтез АТФ в митохондриях, а также оценки экспрессии генов [2]. Имеет место сверхэкспрессия 2106 генов связанных со структурой и функцией митохондрий, либо недостаточная экспрессия 2971 генов, связанных с миелинизацией олигодендроцитов мозжечка, коры головного мозга, что соответствует увеличению или уменьшению изменений fMPT у пациентов с попытками суицида. В отдельных клетках мозга синтез АТФ не сопровождается синтезом новых молекул нейрона. Изменение регистрируемых параметров определяет отклонение метаболизма от нормы.

В случае чрезмерной активности нейронов клинически это будет определяться как маниакальное состояние, при дефиците АТФ – как депрессия. Соответственно, суицидальные мысли и действия имеют место у конкретного человека с дефицитом АТФ в нейронах или отсутствием синтеза de novo, с целью остановить гибель нейронов, иначе говоря, гибель мозга.

Список литературы

1. Байкеев Р.Ф. Мотивация поведения личности: адекватность социуму, криминальный поступок, суицид. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России», с.158-159,13-15 сентября, 2012 г., г. Казань.
2. Yurong J., Yujing Zh., Yingying X., Junzi Z., Mengjing C., Jie T., Feng L., Juanwei M, Huagui L. Functional magnetic resonance imaging alternations in suicide attempts individuals and their association with gene expression NeuroImage: Clinical 43 (2024) 103645 p.1-10.

НЕКОТОРЫЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДРОСТКОВ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Аннотация. Приведены данные о способах попыток, их тяжести, депрессии, уровне благополучия, характеристиках гнева и безнадежности 188 подростков, совершивших суицидальную попытку. Девушки совершали значимо более тяжелые попытки и имели более выраженные проявления гнева и депрессии.

Ключевые слова: подростки, суицидальная попытка, депрессия, безнадежность, гнев.

Batluk Yu.V., Rozanov V.A.

SOME PSYCHOSOCIAL FEATURES OF ADOLESCENTS ATTEMPTING SUICIDE

St. Petersburg State University, St Petersburg, Russia

Abstract. Data are presented on suicide attempt mode, severity, depression, level of well-being, anger and hopelessness of 188 adolescents who attempted suicide. Girls made significantly more severe attempts and had higher anger and depression scores.

Keywords: adolescents, suicide attempts, depression, hopelessness, anger.

Настоящее исследование базируется на материале генетического проекта GISS, в ходе которого были детально обследованы и генотипированы семьи, в которых proband совершил суицидальную попытку. Из базы данных были извлечены сведения о 188 подростках (40% – юношей и 60% – девушек в возрасте от 11 до 17 лет), имеющих в анамнезе суицидальную попытку. Из них 78,2% являются учащимися, 91,5% проживают с родителями. Большинство (56,4%) совершили самоотравление с использованием различных лекарственных препаратов, 12,2% – с использованием органических растворителей и других химикатов, 16,5% – путем пореза острыми предметами, 14,9% – использовали прочие способы. В соответствии со шкалой тяжести медицинских последствий, 60,6% подростков имели легкие последствия (2-3 балла); 34,1% – умеренные последствия, требующие госпитализации и представляющие угрозу для жизни (4-5 баллов); 5,3% – серьезные последствия, требующие срочного медицинского вмешательства (6-7 баллов). 85,1% подростков после совершения попытки были госпитализированы или направлены в службу для оказания помощи.

Данные по шкале благополучия ВОЗ показывают, что 66,7% подростков имеют уровень ниже 13 баллов (максимум – 25 баллов). Сниженное благо-

олучие коррелирует с баллами депрессии (BDI). В то же время, у большинства симптомы депрессивного состояния отсутствуют или есть субдепрессивное состояние (41,9% и 15,1% соответственно), но 18,8% имеют выраженную, а 14% – тяжелую депрессию. Среди девушек уровень депрессии значимо выше. Показатели безнадежности по опроснику Бека (BHS) распределены между полами почти равномерно, безнадежность демонстрируют в среднем 28,7% выборки. Склонность к насилиственным действиям по опроснику Плутчика и Van Praaga (PFAV) выявлена у 48% юношей и 37,8% девушек. По характеристикам гнева (опросник Ч. Спилбергера STAXI), при сравнении с нормативной выборкой [1], подростки, совершившие попытку, отличаются повышенной склонностью к гневу, особенно в ситуациях, связанных с фрустрацией или негативной оценкой, эта реакция сильнее выражена у девушек (табл. 1).

Таблица 1
Склонность к выражению гнева у подростков с опытом попытки суицида в сравнении с нормативной выборкой, $M (\sigma)$

Характеристики гнева	Нормативная выборка	Подростки с суицидальной попыткой		
		юноши	девушки	В целом
Гнев как черта	7,67 (2,58)	7,64 (3,20)	8,38 (3,34)	8,08 (3,30)
Гнев как реакция	9,02 (2,91)	12,09 (4,10)	13,72 (4,33)	13,06 (4,30)

В данной выборке девушки, помимо большей склонности к проявлению гнева, демонстрировали также более выраженную депрессию ($p<0,01$) и меньший уровень благополучия по шкале ВОЗ ($p<0,01$). Хотя девушки чаще прибегали к самоотравлению лекарственными препаратами (71,7% против 33,3% у юношей, $p<0,001$), тяжесть последствий в среднем у них оказалась выше ($p<0,018$). Уровень депрессии имеет положительную статистически значимую связь с безнадежностью, склонностью к насилию и отрицательную связь со шкалой благополучия ВОЗ. Эти факторы, очевидно, составляют некоторое «ядро»: высокие показатели по депрессии, безнадежности, склонности к насилию и низкие баллы по шкале благополучия ВОЗ имеют сильные взаимные корреляции и ассоциируются с более тяжелыми последствиями суицидальной попытки.

Список литературы

- Соловьева С.Л., Меркурьева А.А., Ковалева М.В. Результаты исследования психометрических свойств русскоязычной версии методики Спилбергера (STAXI) // Сибирский психологический журнал. — 2000. — № 3. — С. 90–93.

Беккер Р.А., Быков Ю.В., Быкова А.Ю.

ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ МОЗГА В ПАТОГЕНЕЗЕ СУИЦИДАЛЬНОСТИ У ПОДРОСТКОВ (ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ И МИНИ-ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Университет им. Давида Бен-Гуриона в Негеве, Беэр-Шева, Израиль

Аннотация: Представлено описание клинического случая подростка с терапевтически резистентной депрессией (ТРД), суицидальными тенденциями, ожирением I степени и признаками инсулиновой резистентности периферических тканей. Эффективным как в купировании суицидальности и в устранении ТРД, так и в нормализации массы тела оказалось добавление инсулин-сенситизаторов.

Ключевые слова: инсулиновая резистентность мозга, суицидальность у подростков, триглицерид-глюкозный индекс, терапевтически резистентная депрессия, метформин, пиоглитазон, мио-инозитол.

Bekker R.A., Bykov Yu.V., Bykova A.Yu.

BRAIN INSULIN RESISTANCE IN THE PATHOGENESIS OF SUICIDAL IDEATION IN ADOLESCENTS (A CLINICAL CASE PRESENTATION WITH A MINI-REVIEW OF THE LITERATURE)

Ben-Gurion University at Negev, Beer-Sheba, Israel

Abstract. The article presents a description of a clinical case of an adolescent with treatment-resistant depression (TRD), suicidal tendencies, mild obesity and signs of tissue insulin resistance. The addition of insulin sensitizers proved effective in eliminating his suicidality and circumventing treatment resistance of his depression, as well as in normalizing his body weight.

Keywords: brain insulin resistance, adolescent suicidality, triglyceride-glucose index, treatment resistant depression, metformin, pioglitazone, myo-inositol.

Актуальность: Депрессивные расстройства у подростков и очень молодых людей (до 25 лет) сопровождаются особенно выраженным суицидальными тенденциями по сравнению с депрессиями у людей более старших возрастных категорий. Поэтому превенция суицидов в этой возрастной категории имеет особенно важное значение [10].

Показано, что проявление суицидальных тенденций как у взрослых, так и у подростков тесно коррелирует с наличием и степенью инсулиновой резистентности периферических тканей [10], с нарушениями углеводного обмена, преддиабетическим типом углеводной кривой [8], с повышенным триглицерид-глюкозным индексом [11, 13], с наличием ожирения или избыточной массы тела, признаков метаболического синдрома (МС) [7].

Ранее головной мозг (ГМ) считался относительно инсулиновозависимым органом. В настоящее время доказано, что это совершенно не так. Инсулиновый сигнал в ЦНС играет очень важную роль в поддержании нейропластичности и синаптической пластичности, в усвоении мозгом глюкозы и жирных кислот, в регуляции когнитивных функций, памяти и настроения [1].

Нарушения инсулинового сигналинга в ЦНС, в частности, снижение плотности инсулиновых рецепторов (инсулиновая резистентность ткани мозга) и снижение трафика молекул инсулина из плазмы крови через гематоэнцефалический барьер (ГЭБ) в ткань мозга играют важную роль в механизмах патогенеза депрессивных расстройств и суицидального поведения [1, 10, 14].

Некоторые аллели генов, обуславливающие повышенную предрасположенность к развитию депрессивных состояний, совпадают с аллелями, обуславливающими предрасположенность к развитию ожирения, сахарного диабета 2-го типа (СД2), МС [15].

Показано, что инсулиновая резистентность ЦНС может обуславливать резистентность к антидепрессантам (АД) и их неэффективность или недостаточную эффективность [9].

Целый ряд пероральных противодиабетических лекарств проявляют антидепрессивную активность, причём не только у пациентов с СД2, но и при депрессиях как таковых. Эта антидепрессивная активность у разных классов противодиабетических лекарств обусловлена разными механизмами [2, 4–6, 12].

Так, в случае метформина и пиоглитазона, по-видимому, имеет значение непосредственное устранение ими инсулиновой резистентности ЦНС, восстановление нормальной чувствительности ткани мозга к инсулину [2, 4–6].

В случае ингибиторов дипептидилпептидазы типа 4 (иДПП-4), или так называемых «глиптинов», важно то, что этот фермент расщепляет не только инкретины, но и многие нейропептиды, играющие роль в регуляции настроения и уровня стресса, например, нейропептид Y (NPY) [2].

А ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера типа 2 (иНГЛТ-2), так называемые «глифлозины» – уменьшая доступность глюкозы для клеток, увеличивают кетоз. Между тем, эндогенная кетонемия в определённых физиологических пределах (не достигающих степени опасного кетоацидоза) является важным регулятором настроения. Известно, что антидепрессивный эффект разгрузочно-диетической терапии (РДТ) обусловлен именно усилением кетонемии. Приём иНГЛТ-2 позволяет добиться того же эффекта, но без мучительного для пациентов голодания [12].

Наконец, антидепрессивное влияние производных сульфонилмочевины II поколения (глибенкламида, глипизида и других подобных препаратов) связывают с тем, что при блокаде рецепторов сульфонилмочевины (SUR1)

в составе КАТР калиевых каналов астроцитов, выстилающих ГЭБ, увеличивается трафик молекул инсулина через ГЭБ в ткань мозга. Кроме того, производные сульфонилмочевины II поколения оказывают противовоспалительное действие, угнетая активность NLRP3 инфламмасом и высвобождение интерлейкина-1 (ИЛ-1) в глиальных клетках ЦНС [2].

Метформин также показал себя как эффективное и безопасное средство для снижения массы тела у подростков с избыточным весом или ожирением без явных признаков депрессии. Параллельно документировано улучшение психологического состояния подростков, уменьшение самостигматизации [3].

Цель исследования. Представить описание клинического случая подростка с терапевтически резистентной депрессией (ТРД), выраженным суицидальными тенденциями, ожирением I степени и признаками инсулиноврезистентности периферических тканей, где эффективным как в купировании суицидальности и преодолении ТРД, так и в снижении массы тела подростка оказалось присоединение к психофармакотерапии (ПФТ) инсулин-сенситизаторов.

Материал и методы. Наблюдался пациент 2007 г.р., мужского пола (16 лет на момент обращения за консультацией). Страдал депрессией с 13-летнего возраста. Получал различные АД, атипичные антидепрессанты (АДП), анксиолитики (АЛ), без особого эффекта. Дважды предпринимал суицидальные попытки (в одном случае – пытался отравиться дедушкиными сердечными лекарствами, в другом – повеситься), в связи с чем госпитализировался в детскую психиатрическую больницу. В беседе с консультантом сообщил, что «суицидальные мысли на самом деле не покидали никогда, просто они то сильнее, то слабее, то реже, то чаще».

По словам пациента, он «с детства имел крупное и пухлое телосложение и повышенный аппетит», в связи с чем подвергался насмешкам и осуждению со стороны одноклассников. На момент обращения за консультацией молодой человек весил 96 кг при росте 178 см (ИМТ=30,3, ожирение I степени).

Результаты и обсуждение. В поисках причин резистентности депрессии юноша был направлен на ряд биохимических и гормональных анализов. При этом были выявлены преддиабетический тип углеводной кривой (запаздывание нормализации гликемии после нагрузки с 75 г глюкозы внутрь), повышенный уровень инсулина крови натощак (29,1 мкЕД/мл), повышенный уровень лептина (9,6 нг/мл), умеренное повышение содержания триглицеридов в крови (2,5 ммоль/л) при пока ещё нормальном уровне гликемии натощак (5,5 ммоль/л).

В связи с выявленной инсулиноврезистентностью периферических тканей и наличием ожирения I степени, а также в надежде на преодоление ТРД, молодому человеку было рекомендовано присоединение к применявшейся им на тот момент ПФТ (венлафаксин 300 мг/сут, арипипразол 5 мг/сут, буспирон

30 мг/сут), метформина с плавным доведением дозы до 2000 мг/сут, комбинированного перорального инсулин-сенситизирующего препарата Инкресинк (15 мг пиоглитазон / 25 мг алоглиптина) и ряда биологически активных добавок (БАД) с инсулин-сенситизирующим действием (мио-инозитол 6 г/сут, куркумин 500 мг/сут, ресвератрол 250 мг/сут).

Параллельно с этим юноше были рекомендованы периодический контроль гликемии портативным глюкометром, регулярное полноценное здоровое питание. Даны разъяснения относительно того, как может проявляться гипогликемия и что необходимо делать при первых её симптомах (хотя метформин, глитазоны и ИДПП-4, даже в комбинации, вызывают её очень редко по сравнению с производными сульфонилмочевины).

Лечение на протяжении 6 месяцев привело к снижению массы тела молодого человека до 81 кг (ИМТ=25,6, предожирение). Депрессивная симптоматика, суицидальные мысли и тенденции купировались в первые 2 месяца лечения. Улучшились не только настроение и уровень энергии, но и общее самочувствие, когнитивное функционирование, академическая успеваемость юноши. В качестве бонуса он отметил более редкое появление акне на коже лица.

Позднее, в связи с появлением у него запроса на действие дальнейшему похудению, Инкресинк был заменен на ИНГЛТ-2 канаглифлозин (100 мг/сут). Это привело к дополнительному снижению массы тела молодого человека до 73 кг после ещё 6 месяцев терапии (ИМТ=23, норма). Перестав стесняться своего внешнего вида, юноша начал встречаться с ровесницей.

Выводы. Энергичная инсулин-сенситизирующая терапия может быть эффективной одновременно и в купировании суицидальных тенденций, и в преодолении терапевтической резистентности депрессий, и в нормализации массы тела у подростков с ТРД, коморбидным ожирением и признаками инсулиноврезистентности периферических тканей.

Список литературы

1. Banks W.A., Owen J.B., Erickson M.A. *Insulin in the brain: there and back again* //Pharmacol Ther. — 2012. — Vol. 136. — No. 1. — P. 82–93. — DOI: 10.1016/j.pharmthera.2012.07.006.
2. Battini V., Van Manen R.P., Gringeri M. et al. *The potential antidepressant effect of antidiabetic agents: New insights from a pharmacovigilance study based on data from the reporting system databases FAERS and VigiBase* //Front Pharmacol. — 2023. — Vol. 14. — P. 1128387. — DOI: 10.3389/fphar.2023.1128387.
3. Bouza C., López-Cuadrado T., Gutierrez-Torres L.F., Amate J. *Efficacy and safety of metformin for treatment of overweight and obesity in adolescents: an updated systematic review and meta-analysis* //Obes Facts. — 2012. — Vol. 5. — No. 5. — P. 753–765. — DOI: 10.1159/000345023.

4. Colle R., de Larminat D., Rotenberg S. et al. Pioglitazone could induce remission in major depression: a meta-analysis // *Neuropsychiatr Dis Treat.* — 2016. — Vol. 13. — P. 9–16. — DOI: 10.2147/NDT.S121149.
5. El Massry M., Alaeddine L. M., Ali L., Saad C., Eid A. A. Metformin: a growing journey from glycemic control to the treatment of Alzheimer's disease and depression // *Curr Med Chem.* — 2021. — Vol. 28. — No. 12. — P. 2328–2345. — DOI: 10.2174/0929867327666200908114902.
6. Jones B. M., Farooqui S., Kloiber S. et al. Targeting metabolic dysfunction for the treatment of mood disorders: review of the evidence // *Life.* — 2021. — Vol. 11. — No. 8. — P. 819. — DOI: 10.3390/life11080819.
7. Ko J. K., Han K. M., Shin C. et al. Association of metabolic syndrome and its components with suicidal ideation and depression in adults: A nationally representative sample of the Korean population // *J Affect Disord.* — 2019. — Vol. 249. — P. 319–326. — DOI: 10.1016/j.jad.2019.02.049.
8. Koponen H., Kautiainen H., Leppänen E., Mäntyselkä P., Vanhala M. Association between suicidal behaviour and impaired glucose metabolism in depressive disorders // *BMC Psychiatry.* — 2015. — Vol. 15. — P. 163. — DOI: 10.1186/s12888-015-0567-x.
9. Krupa A. J., Chrobak A. A., Soltysz Z. et al. Insulin resistance, clinical presentation and resistance to selective serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors in major depressive disorder // *Pharmacol Rep.* — 2024. — Vol. 76. — No. 5. — P. 1100–1113. — DOI: 10.1007/s43440-024-00621-5.
10. Krupa A. J., Dudek D., Siwek M. Consolidating evidence on the role of insulin resistance in major depressive disorder // *Curr Opin Psychiatry.* — 2024. — Vol. 37. — No. 1. — P. 23–28. — DOI: 10.1097/YCO.0000000000000905.
11. Lee Y. J., Lee S., Hwang I. C., Ahn H. Y. Association between the triglyceride-glucose index and suicidal ideation: a nationwide cross-sectional survey // *J Affect Disord.* — 2024. — Vol. 344. — P. 100–103. — DOI: 10.1016/j.jad.2023.10.082.
12. Liebers D. T., Ebina W., Iosifescu D. V. Sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors in depression // *Harv Rev Psychiatry.* — 2023. — Vol. 31. — No. 4. — P. 214–221. — DOI: 10.1097/HRP.0000000000000374.
13. Liu J., Zhu X., Liu Y. et al. Association between triglyceride glucose index and suicide attempts in patients with first-episode drug-naïve major depressive disorder // *Front Psychiatry.* — 2023. — Vol. 14. — P. 1231524. — DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1231524.
14. Nasca C., Dobbin J., Bigio B. et al. Insulin receptor substrate in brain-enriched exosomes in subjects with major depression: on the path of creation of biosignatures of central insulin resistance // *Mol Psychiatry.* — 2021. — Vol. 26. — No. 9. — P. 5140–5149. — DOI: 10.1038/s41380-020-0804-7.
15. Postolache T. T., del Bosque-Plata L., Jabbour S. et al. Co-shared genetics and possible risk gene pathway partially explain the comorbidity of schizophrenia, major depressive disorder, type 2 diabetes, and metabolic syndrome // *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* — 2019. — Vol. 180. — No. 3. — P. 186–203. — DOI: 10.1002/ajmg.b.32712

Березанцев А. Ю., Константинова М. Р.

ПОДРОСТКОВЫЙ СУИЦИД И ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ САМОСОЗНАНИЯ

ГБУЗ МО «Центральная клиническая психиатрическая больница им. Ф. А. Усольцева», Москва

Аннотация. В данном аналитическом обзоре, с учетом концепций о самосознании, рассматривается проблема формирования суицидального поведения у лиц подросткового возраста. Делается вывод о том, что принятие подростком суицидального решения осуществляется в несколько этапов, изучение особенностей которых может способствовать повышению эффективности профилактической и лечебно-диагностической работы.

Ключевые слова: подростковый суицид, идеаторная суицидность, принятие суицидального решения.

Berezantsev A. Y., Konstantinova M. R.

ADOLESCENT SUICIDE AND AGE-RELATED ASPECTS OF SELF-AWARENESS

State Budgetary Healthcare Institution of the Moscow region “Central Clinical Psychiatric Hospital n.a. F.A. Ustolzsev”, Moscow, Russia

Abstract. In this analytical review, taking into account the concepts of self-awareness, examines the problem of the formation of suicidal behavior in adolescents. It is concluded that adolescent suicidal decision-making is carried out in several stages, the research of the peculiarities of which can help improve the effectiveness of preventive and therapeutic diagnostic work.

Keywords: adolescent suicide, ideational suicidality, suicidal decision-making.

По данным Всемирной организации здравоохранения [4] суицид входит в тройку наиболее частых причин смертности молодежи. Несмотря на активную разработку профилактических противосуицидальных мер, подростки по-прежнему относятся к наиболее уязвимой группе риска. Это может быть обусловлено цивилизационными преобразованиями, которые на протяжении многих лет вплетались в процесс формирования самосознания современных подростков, образуя поколение со своими особенностями мышления, интеллекта, восприятия и адаптационных возможностей. Выделение актуальных факторов и этапов формирования суицидальности может способствовать оптимизации профилактической и лечебно-диагностической работы с несовершеннолетними, имеющими суицидальное поведение.

Возникновение суицидального поведения не всегда является признаком психического расстройства, однако становится следствием нарушения

адаптации [1, 13], – состояния, отклоняющегося от понятия нормы. По данным ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» (2022г.) [3], при проведении посмертных судебно-психиатрических экспертиз несовершеннолетних психические расстройства были диагностированы у 45,8% выборки, причем больший процент пришелся на возрастной период 15-17 лет. Следует учитывать, что диагностика психических расстройств у несовершеннолетних затруднена ввидуrudиментарности, недифференцированности, фрагментарности многих психопатологических симптомов [5]. Но о неоднозначности проблемы суициdalного поведения на фоне психического здоровья могут свидетельствовать различные нарушения мышления, восприятия, эмоционально-волевой сферы, критических и прогностических способностей, возникающие у подростков в состоянии острой или хронической дезадаптации [10].

Дезадаптация [1, 13] может иметь непатологическую почву и быть представлена уравнением «личность + ситуация», а может иметь патологическую почву, где ключевую роль играет психопатологический компонент. Данный тезис перекликается с трудами известного отечественного судебного психиатра Ф. В. Кондратьева, который, начиная с 1970-х годов, развивал концепцию многофакторного анализа социального поведения психически больных [9]. То есть непатологический характер дезадаптации возникает за счет взаимодействия индивидуально-психологических особенностей и субъективно сложной ситуации с последующим формированием особого личностного смысла [14]. А патологический характер дезадаптации [1, 13] образуется в соответствии с теми психопатологическими нарушениями, которые преобладают в структуре конкретного психического расстройства. Состояние как патологической, так и непатологической дезадаптации у подростка не предполагает обязательного развития суициdalного поведения, однако для его возникновения нарушение адаптации является обязательным условием. В зависимости от глубины дезадаптации меняется спектр вариантов разрешения субъективно сложной ситуации, вплоть до образования первичного суициdalного мотива, с которого и начинается путь принятия подростком суициdalного решения. Как и принятие любого другого решения, этот путь простирается через уровни регуляции деятельности: этапы смыслообразования, целеполагания и целедостижения [2]. Однако, в отличие от лиц зрелого возраста, у подростков этап формирования смыслов протекает на фоне недостаточности жизненного опыта, незрелости мышления, когнитивной и эмоционально-волевой сфер [10], что в сочетании с нарушением адаптации приводит к усугублению суициdalных переживаний.

Если опираться на модель «повторного входа» (по Дж. Эдельману) [6, 11], основу самосознания составляет картина настоящего в его отношении к прош-

лому. То есть субъективно воспринимаемая действительность есть результат сопоставления внешнего сигнала с памятью о прошлом опыте, после чего эта информация возвращается в виде нового, преобразованного опыта в структуру самосознания. В результате сравнения нового поступившего сигнала с памятью, и появляется субъективное переживание. Целесообразно предположить, что у лиц подросткового возраста, ввиду естественной незрелости их центральной нервной системы, отсутствия достаточного жизненного опыта формирование субъективного переживания происходит неполно, более поверхностно, что уже на этом этапе сокращает количество потенциальных реакций на внешний стимул. Например, подростки более ярко реагируют на привычные для лиц зрелого возраста ощущения боли, волнения, страха, разочарования, радости, влюбленности. Их механизм автоотождествления [6, 11, 12] в системе самосознания еще не отложен, и внешний стимул, поступающий в кору головного мозга, сопоставляется с тем незначительным жизненным опытом, который подросток к своим годам смог пережить и запомнить. Такое сопоставление не занимает много времени, поэтому ответная реакция протекает гораздо быстрее, и, с точки зрения взрослого человека, является не до конца осознанной. Так, истинное суициdalное поведение у взрослых имеет в своей основе высокую опосредованность осознанными намерениями индивида и занимает более длительный период формирования, в то время как суициdalное поведение у подростков может возникнуть в считанные минуты или часы с момента появления провоцирующего фактора.

Суициdalное поведение у подростков, условно психически здоровых, начинает свой путь из субъективного переживания, которое возникает в ответ на внешний раздражитель (негативную ситуацию). Сопоставление внешнего раздражителя с картиной внутреннего «Я» запускает процесс осмысливания собственного переживания через рассуждение о его значении для подростка и роли в его системе ценностей [13]. Это осмысливание по своей сути неполно, поверхностно ввиду естественной незрелости межфункциональных связей внутри системы самосознания подростка. Однако придание субъективному переживанию особого смысла происходит в том числе за счет определенных индивидуально-психологических особенностей, выраженной просуициdalных и слабости антисуициdalных факторов [15]. Так, тревожный, гиперответственный подросток–перфекционист воспринимает проваленный им экзамен резко трагично, не задумываясь ни на долю секунды о том, как проваленный экзамен глобально повлияет на всю его жизнь. В его системе смыслов подобная ситуация уже является превалирующим фактором для прогноза своего будущего и оценки своего места в жизни. Или отсутствие внимания со стороны родителей, конфликты с ними для эмоционально-лабильного, демонстративного подростка формируют смысл собственной ненужности,

отсутствия значимости в жизнях окружающих его людей. В обоих случаях представлены разные по своей сути ситуации и разные личностные особенности подростков. То, что их объединяет, это отсутствие аналогичного воспринятого и запомненного опыта, который позволил бы более глубоко проанализировать ситуацию и выбрать из множества вариантов разрешения проблемы самый эффективный. Незрелость межфункциональных связей внутри системы самосознания не означает, что все подростки входят в группу суицидального риска. Как уже было сказано, это совокупность ситуационных и личностных факторов, которые, проходя неполный механизм автоотождествления, вызывают сужение смысловой обработки первичного субъективного переживания с последующим сокращением вариантов ответных реакций на него.

Предположительно, уже на этапе формирования ответной реакции на личностный смысл появляются предвестники идеаторной суицидности. Зачастую это отрывочные, излишне эмоциональные и категоричные формулировки в рамках внутренней речи [7], такие как «вот если бы я умер...», «лучше бы меня не было», «вот когда я умру...», «не хочу больше жить» и пр. Неоформленная суицидальная мысль как бы врывается в качестве альтернативы разрешения субъективного переживания и становится одним из вариантов выхода из него. При этом нельзя утверждать, что иные, более рациональные и эффективные способы разрешения ситуации отсутствуют, но, с учетом суженного процесса смыслообразования, аффективности восприятия, они настолько ограничены, что провоцируют состояние дезадаптации, которое, в свою очередь, распространяется диффузно даже на те сферы жизнедеятельности, которые не были изначально затронуты [10]. Например, девочка-подросток, отвергнутая своим романтическим интересом, начинает обращать внимание на отношение к ней со стороны друзей, педагогов, родителей, интерпретировать их высказывания и действия в ее сторону в негативном ключе, все больше себя убеждая, что она никому не нужна. В своих мыслях она снова и снова разыгрывает этот конфликт, придает особый, символичный смысл его участникам, примеряет на себя различные роли и стратегии поведения в нем. Так внутренняя суицидальная активность приобретает оформленность и дает начало суициденному конфликту [8], в ходе которого появляются мысли, фантазии и представления о собственной смерти и реакции на нее со стороны окружающих.

Идеаторный суицидонаправленный процесс у лиц подросткового возраста протекает так же быстро, отрывочно, как и сам механизм автоотождествления в системе самосознания. В отличие от лиц зрелого возраста, этап рефлексии представлен коротким уравнением «мысль-вывод», без критичного осмысливания своей идеаторной продукции и возможности предположить иные ее

трактовки. Происходит развертывание суицидального поведения, когда вербальный или образный (флэшфорвард) [16] суицидогенный компонент рассматривается как превалирующий, при этом наделяется новым особым смыслом, согласно которому выстраивается прогноз не для самого подростка, а для всех тех, кто останется жить, для «жизни без него» без учета факта конечности своего существования. Идеаторные проявления выходят за рамки здоровья, становятся навязчивыми, чувственными, доходящими до степени сверхценности и тут же реализуются во внешних формах суицидального поведения. Переход идеаторных проявлений в стадию идеаторных нарушений с формированием стойкого суицидального убеждения завершает процесс принятия суицидального решения.

Исходя из всего вышесказанного можно заключить, что диагностическую и профилактическую ценность представляет этап идеаторных суицидонаправленных проявлений до формирования стойкого суицидального убеждения, так как из всех ступеней процесса принятия суицидального решения он наиболее явный, аффективно насыщенный и склонный к экстериоризации, доступный для обнаружения не только медицинскими специалистами и психологами, но и окружающими подростка людьми. Идеаторная суицидность может служить признаком смыслового сужения в системе самосознания подростка, степени его социально-психологической дезадаптации, которая уже произошла и стремится к видоизменению картины внутреннего «Я» с постепенным усугублением «клинической картины», достигающей в некоторых случаях схожей с психическими расстройствами симптоматики (наплывы мыслей, навязчивое фантазирование, диффузный характер переживаний). Поэтапная и дифференцированная диагностика внутренних форм суицидального поведения позволит эффективно подобрать терапию с учетом естественной возрастной недостаточности жизненного опыта подростка, его личностных особенностей, субъективно сложной ситуации, в которой он оказался, наличия или отсутствия признаков психического расстройства. Установление причин суицидального поведения у подростков позволит оптимизировать работу профилактической службы, с последующей перспективой к разработке целенаправленных и эффективных методов диагностики и лечения.

Список литературы

1. Амбрумова А. Г. Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения: методические рекомендации. Москва, 1980. 54с.
2. Бабаева Ю. Д., Березанская Н. Б., Васильев И. А., Войскунский А. Е., Корнилова Т. В. Смысловая теория мышления//Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2008. №2. С. 26-58.
3. Бадмаева В. Д., Шкитырь Е. Ю. Факторы риска суицидального поведения несовершеннолетних (по материалам посмертных комплексных судебных

- психолого-психиатрических экспертиз) // Научные результаты биомедицинских исследований. 2019. №4. С. 117-128. DOI: 10.18413/2658-6533-2019-5-4-0-9. <https://elibrary.ru/TJAKQM>.
4. Всемирная организация здравоохранения. Самоубийство, 29 августа 2024. [Электронный ресурс] <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/suicide> Дата обращения 20.01.2025 г.
 5. Гурьева В.А., Дмитриева Т.Б., Макушкин Е.В. Клиническая и судебная подростковая психиатрия/под ред. Гурьевой В.А. М.: Медицинское информационное агентство, 2007. 488 с.
 6. Иваницкий А. М. О книге Джералда Эдельмана и Джузеппе Тонони «Сознание. Как материя приобретает способность к воображению». London: Pinguin Books, 2000. 274 с. // Журнал высшей нервной деятельности. 2002. Т. 52. №3. С. 383-384. <https://elibrary.ru/MPLHNL>
 7. Ильичев А.Б., Давтян Е.Н. Озвученность внутренней речи как этап интегризации//Медицина: теория и практика. 2019. №4(5). С. 228-229. <https://elibrary.ru/KUHZYM>
 8. Любов Е.Б., Цутрун В.Е. Век, время и место профессора Амбрумовой в отечественной суицидологии//Медицинская психология в России: электронный научный журнал. 2013. Т. 19. №2. [Электронный ресурс] http://www.medpsy.ru/mpj/archiv_global/2013_2_19/nomer/nomer17.php Дата обращения: 20.01.2025 г.
 9. Кондратьев Ф.В. Концепция многофакторного анализа социального поведения психически больных//Российский психиатрический журнал. 2010. №2. С. 36-41. <https://elibrary.ru/NDSXWP>.
 10. Национальное руководство по суицидологии/под ред. Положего Б. С. Москва: Медицинское информационное агентство, 2019. 600 с.
 11. Сергин В. Я. Природа осознания: нейронные механизмы и смысл//Открытое образование. 2009. №2. С. 33-47. <https://elibrary.ru/KCLKUL>.
 12. Сергин В. Я. Сознание и мышление: нейробиологические механизмы// Психологический журнал Международного университета природы, общества и человека «Дубна». 2011. №2. С. 7-34. [Электронный ресурс] https://psyjanima.su/journal_2011-2/ Дата обращения: 20.01.2025 г.
 13. Тихоненко В. А. Позиция личности в ситуации конфликта и суицидальное поведение//Российский психиатрический журнал. 1998. №3. С. 21-24.
 14. Ткаченко А. А. Руководство по судебной психиатрии. В 2-х томах. Т. 1: практическое пособие/под редакцией Ткаченко А. А. 4-е изд. М.: Юрайт, 2023. 523 с.
 15. Хригинин Д. Ф., Есин А. В., Сумарокова М. А. Личностно-психологические особенности суицидального поведения студентов медицинского вуза// Психическое здоровье. 2017. №11. С. 17-23. <https://elibrary.ru/YPOMLV>
 16. Ng R. M. K., Di Simplicio M., McManus F., Kennerley H., Holmes E. A. «Flash-forwards» and suicidal ideation: A prospective investigation of mental imagery, entrapment and defeat in a cohort from the Hong Kong//Mental Morbidity Survey. Psychiatry Res. 2016. V. 246. P. 453-460. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.10.018. Epub 2016 Oct 18. PMID: 27792974.

Берёзкин Д. В.

РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ И СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК У ПОДРОСТКОВ С НЕСУИЦИДАЛЬНЫМИ САМОПОВРЕЖДЕНИЯМИ

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С. С. Мнухина, Санкт-Петербург

Аннотация. В статье проводится анализ результатов психологической диагностики 14 пациентов в возрасте от 12 до 17 лет (13 девочек и 1 мальчик) с несуицидальными самоповреждениями (НССП). НССП наблюдаются у подростков с различными диагнозами, но большинство из них имеют негативный прогноз патохарактерологического развития личности. У подростков с НССП наблюдаются сложности в большинстве жизненных сфер: семья, школа, отношения со сверстниками. У многих из них был негативный опыт переживания психологических травм. Нарушения социальной адаптации, а также снижение самооценки оказывает значимое влияние на повышение у таких подростков суицидального риска. Повышение суицидального риска наблюдается при высокой личностной тревожности, негативной оценке эффективности учебной деятельности и наличии депрессивных переживаний. Наиболее значимое повышение суицидального риска выявлено при нарушении социальной адаптации, снижении самооценки и при легкой выраженности депрессивных проявлений.

Ключевые слова: несуицидальные самоповреждения (НССП), суицидальный риск, нарушения социальной адаптации, патохарактерологическое развитие личности, тревога, депрессия.

Berezkin D. V.

PERSONALITY DEVELOPMENT AND SUICIDAL RISK IN ADOLESCENTS WITH NON-SUICIDAL SELF-HARM

St. Petersburg State Public Health Institution Center for Rehabilitation Treatment "Child Psychiatry" n.a. S. S. Mnukhin, St. Petersburg, Russia

Abstract. The article analyzes the results of the psychological diagnosis of 14 patients aged 12-17 years, 13 girls and 1 boy with non-suicidal self-harm (NSSH). It has been shown that NSSH are observed in adolescents with various diagnoses, but most of them have a negative prognosis of pathocharacterological personality development. Adolescents with NSSH experience difficulties in most areas of life: family, school, and relationships with peers. Many of them had negative experiences of psychological trauma. Violations of social adaptation, as well as a decrease in their self-esteem, have a significant impact on an increase in suicide risk. Increased suicidal risk is observed with high personal anxiety, a negative assessment of the effectiveness of educational activities and the presence of depressive experiences. The most significant increase in suicide risk is observed with impaired social adaptation, decreased self-esteem and mild depressive symptoms.

Keywords: non-suicidal self-harm (NSSH), suicidal risk, social adaptation disorders, pathocharacterological personality development, anxiety, depression.

Несуициальные самоповреждения (НССП) являются достаточно распространенной формой отклоняющегося поведения в подростковом возрасте. НССП встречалось в подростковом возрасте у 18% людей, проживающих в развитых странах [15]. По данным зарубежных источников, среди студентов университетов процент лиц, наносящих себе НССП, может доходить до 38,9%. У взрослых НССП составляют 4-23% [12, 16, 19]. У подростков, проходящих стационарное психиатрическое лечение, НССП встречаются от 30% до 82,4% случаев [18].

В отличие от суициального поведения, которое чаще наблюдается у лиц мужского пола, НССП чаще встречается у лиц женского пола [2]. Среди детей и подростков с НССП подавляющее большинство от общего числа составили девочки (85%) [2].

В классификационных системах, принятых ранее, а именно МКБ 10 и DSM IV TR, НССП рассматривается как симптом пограничного личностного расстройства (ПРЛ). Впоследствии было выявлено, что НССП фиксируется не только с ПРЛ, но и наблюдается у лиц с другими психическими расстройствами и расстройствами поведения, более того возникновение НССП не связано с наличием ПРЛ [11]. У подростков и взрослых с НССП помимо ПРЛ встречаются: посттравматическое стрессовое расстройство [3], депрессивные расстройства [10], обсессивно-компульсивное расстройство, тревожное расстройство, расстройство пищевого поведения [5, 11], расстройства приспособительных реакций.

Ранее в исследованиях отмечалось, что среди подростков, наносявших НССП, только незначительная часть из них думала о смерти в период нанесения самоповреждений. 30% подростков наносили себе порезы в результате межличностного конфликта. 20 % самопорезы наносили для совершения «братаний кровью». Для 20% НССП имели демонстративную природу. И только 4% подростков во время нанесения самоповреждений думали о суициде [4]. Таким образом, основной мотивацией к НССП являются межличностные конфликты и эмоциональные нарушения [24], желание наказать себя за возникшие трудности [6, 13, 14]. НССП часто несут в себе функцию уменьшения отрицательных переживаний, уход от негативных чувств, возвращения к нормальному эмоциональному состоянию [17].

В рамках классического бихевиорального подхода выделяются две переменных, на основании которых формируется мотивация к НССП: 1. межличностные – внутриличностные конфликты; 2. позитивное – негативное подкрепление. Таким образом, выделяются 4 основных варианта мотивации к НССП: 1. внутриличностные – отрицательное подкрепление – НССП служат для уменьшения отрицательных состояний; 2. внутриличностные – положительное подкрепление – НССП служат для получения положительных чувств,

удовольствия; 3. социальные – отрицательные – НССП служат для избегания межличностных контактов, самонаказания; 4. социальные – положительные – НССП служат для привлечения внимания или увеличения социальной поддержки [16].

НССП являются преходящим явлением, на что указывает снижение этой формы девиантного поведения с возрастом [14] и носящим аддиктивный характер НССП. В настоящий момент остаются неясными личностные особенности пациентов с НССП, выраженность суицидального риска, наличие в прошлом суицидальных попыток.

Контингент и методы обследования. В исследовании приняло участие 14 пациентов с НССП. У всех у них наблюдалось более 5 эпизодов нанесения самопорезов за последний год. Среди них было 13 девочек и 1 мальчик. Возраст подростков составил от 12 до 17 лет. В возрасте 17 лет было 2 подростка (14 % от общей группы), 16 лет – 3 подростка (21% от общей группы), 15 лет – 4 подростка (28%), 14 лет – 4 подростка (28%) и 1 ребенок 12 лет (7%). Самым частым диагнозом у детей этой группы были другие смешанные расстройства эмоций и поведения [F 92.8] (50% подростков). В группе присутствовали пациенты со следующими диагнозами: абсессивно-компульсивное расстройство преимущественно навязчивые действия [навязчивые ритуалы] [F 42.2] – 1 ребенок (7%), расстройство приспособительных реакций [F 43.2], смешенная тревожно-депрессивная реакция [F 43.23] вместе – 2 подростка (14%), органическое [астеническое] эмоционально лабильное расстройство [F 06.6] – 1 подросток (7%), нервная анорексия [F 50.0] – 1 ребенок (7%). Все они проходили лечение в Дневном психиатрическом стационаре № 6 для обслуживания детского населения СПб ГКУЗ Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина в разное время в течение 2024 года и января 2025 года.

В исследовании применялись следующие методы: клинический (полуструктурированное интервью, наблюдение, работа с медицинской документацией) и психоdiagностический. В данной работе были применены результаты, полученные с помощью следующих методик: госпитальная шкала тревоги и депрессии [20], шкала депрессии Зунга [21], шкала детской депрессивности (CDI M. Kovach) [1], шкала личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина [6], опросник агрессивности Басса-Дарки [7], ПДО [9] (для ребенка 12 лет тест не применялся), шкала суицидальных намерений А. Бека (Scale for Suicide Ideation (SSI)) [8].

Результаты. Все подростки этой группы рассказывали о сложностях в отношениях с родителями. Подавляющее большинство подростков указывало на то, что они испытывают трудности в общении со сверстниками, у них возникают конфликты, ровесники их не принимают (78%). Для них свойст-

венные сложности в адаптации в школе, они испытывают сложности в обучении, часто не посещают школу (85%). Подросткам этой группы характерны экзистенциальные переживания, связанные с непринятием себя, трудностями в планировании своего будущего (85%). Большинство из этих детей сталкивались с психотравмирующими обстоятельствами: физическое или психологические насилие, утрата близких, разводы родителей и т.д. (85%). Среди этих подростков часто встречается курение (28%), употребление алкоголя (35%) и других высокоактивных веществ (21%), реже наблюдается асоциальное поведение, эпизоды воровства (7%).

У всех подростков наблюдалась эмоциональные проблемы. У подавляющего большинства отмечалось снижение настроения (85%), соответствующего депрессивным состояниям разной степени выраженности. У всех подростков наблюдалось повышение тревоги, высокая ситуационная (100%) и личностная тревога (85%). Данные переживания сопровождались негативными представлениями о себе, переживаниями сложностей в межличностных отношениях, низкой оценкой эффективности учебной деятельности, истощаемостью, переживаниями одиночества.

У большинства пациентов этой группы был выявлен негативный прогноз патопсихологического развития личности, риск развития психопатии (81%). Для них свойственны нарушения социальной адаптации (85%), дискордантные черты характера (78%), сочетание противоречивых черт, истероидно-сенситивных, эпилептоидно-сенситивных, эмоционально-лабильно-эпилептоидных. Для 50% подростков этой группы был характерен высокий уровень враждебности.

У большинства подростков (92%) был выявлен суицидальный риск. Высокий суицидальный риск наблюдался у 85% пациентов, суицидальные попытки, прерванные по причине внешних обстоятельств или самостоятельно прерванные суицидальные попытки фиксировались у 85 % детей. Подростки после суицидальных попыток за медицинской помощью, как правило, не обращались, так как у них вред здоровью отсутствовал или был минимальным (64%). 1 пациентка (7%) попала в реанимацию после приема большой дозы медицинских препаратов.

Результаты статистической обработки данных в настоящий момент являются недостаточно точными в связи с небольшой группой пациентов. При дальнейшем увеличении выборки некоторые тенденции могут измениться. На текущий момент нами были выявлены следующие тенденции: повышение суицидального риска наблюдается при повышении депрессивного состояния, выявляемого госпитальной шкалой депрессии ($r=0,63$, $N=11$, $p=0,036$) и шкалой Зунга ($r=0,61$, $N=11$, $p=0,046$), при личностной тревожности ($r=0,65$, $N=11$, $p=0,028$), высоком уровне убежденности в неэффективности учебной деятельности ($r=0,69$, $N=12$, $p=0,012$), низкой самооценке ($r=0,70$, $N=12$, $p=0,011$)

и наличии нарушений социальной адаптации ($r=0,80$, $N=9$, $p=0,01$). При этом наиболее значимое влияние на повышение суицидального риска оказывают наличие нарушений социальной адаптации, низкая самооценка в сочетании с невыраженным снижением настроения ($R=0,97$, $R^2=0,93$, скорректированный $R^2=0,89$, дезадаптация ПДО $Beta=0,91$, CDI шкала Е $Beta=0,89$, Шкала депрессии Зунга $Beta= -0,68$).

Выводы: НССП чаще всего встречаются у подростков в структуре расстройств эмоций и поведения, а также наблюдаются у детей с расстройствами приспособительных реакций, абсессивно-компульсивными расстройствами, нарушениями пищевого поведения, органическим [астеническим] эмоционально лабильным поведением. На фоне разных диагнозов большинство подростков с НССП имеют негативный прогноз патохарактерологического развития личности.

Подростки с НССП имеют значительные сложности в социальной адаптации, которые затрагивают большинство сфер их жизни: семью, школу, общение со сверстниками. Возникают сложности с внутривидовой адаптацией в виде непринятия себя как личности, снижении самооценки. Многие из данных подростков в прошлом переживали различные психологические травмы.

Социальная дезадаптация, наличие негативного прогноза по дезадаптации и негативная самооценка являются наиболее значимыми факторами, влияющими на суицидальный риск у подростков.

Суицидальный риск связан с личностной тревожностью, низкой оценкой эффективности учебной деятельности, депрессивными переживаниями. Наибольшее влияние на выраженность суицидального риска оказывают легкие депрессивные переживания в сочетании с нарушениями социальной адаптации и низкой самооценкой.

Список литературы

1. Воликова С. В., Калина О. Г., Холмогорова А. Б. Валидизация детской депрессии М. Ковак // Вопросы психологии. 2011. № 5. С. 121 – 132.
2. Давидовский С. В., Ибраимова Ж. А., Игумнов С. А., Костюк Д. Д., Мещеряков Ю. В., Стефанин А. Л. Клинико-психологические и социально-демографические особенности суицидального поведения населения Минска (Республика Беларусь) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2020. № 3 (108). С. 102–113.
3. Давидовский С. В., Игумнов С. А. Современные концепции и особенности проявления самоповреждающего поведения // Суицидология. 2020. № 11 (3). С. 33-43.
4. Иванов Н. Я., Личко А. Е. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков и опыт его практического использования. [Методическое пособие]. М.: «Фолиум», 1995, 64 с.

5. Корнетов А.Н., Шелехов И.Л., Силаева А.В., Толстолес Е.С., Морева С.А., Линок Е.А. Профилактика суицидального поведения в учебных заведениях. Методические рекомендации для педагогов и кураторов. Томск: ООО «Рекламная группа Графика». 2013. 56 с.
6. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. Л.: ЛНИИФК, 1976. С. 188.
7. Хван А.А., Зайцев Ю.А., Кузнецова Ю.А. Стандартизация опросника А. Басса и А. Дарки / Психологическая диагностика, 2008, № 1, — С. 35-58.
8. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck Scale for Suicide Ideation. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1991. P 24.
9. Briere J., Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am. J. Orthopsychiatry*. 1998; 68: 609–620.
10. Darche M.A. Psychological factors differentiating self-mutilating and non-self-mutilating adolescent inpatient females. *Psychiatr. Hosp.* 1990. N 21. PP 31–35.
11. Iannaccone M., Cella S., Manzi S., Visconti L., Manzi F., Cotrufo P. My body and me: self-injurious behaviors and body modifications in eating disorders – preliminary results // *Eat. Disord.* 2013. N 21. PP. 130–139.
12. Gratz K.L. Conrad S.D., Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students. *Am. J. Orthopsychiatry*. 2002. N 1. 128–140.
13. Kaess M., Parzer P., Mattern M., Plener P.L., Bifulco A., Resch F., et al. Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Res.* 2013; 206: 265–272.
14. Moran P., Coffey C., Romanik H., Olsson C., Borschmann R., Carlin J.B., Patton G. C. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: A population based cohort study. *The Lancet*. 2011; 379: 236-243.
15. Muehlenkamp J.J., Claes L., Havertape L., Plener P.L. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm // *Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health.* 2012. N 6. PP. 1–9.
16. Nock M.K., Prinstein M.J. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J. Clin. Consult. Psychol* 2004; 72: 885–890.
17. Plener P.L., Libal G., Keller F., Fegert J.M., Muehlenkamp J.J. An international comparison of non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychol. Med.* 2009. N 39: 1549–1558.
18. Washburn J.J., Potthoff L.M., Juzwi K.R., Styer D.M. Assessing DSM-5 nonsuicidal self-injury disorder in a clinical sample. *Psychol. Assess.* 2015. N 27: 31–41.
19. Whitlock J., Eckenrode J., Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*. 2006. N 117. PP 1939–1948.
20. Zigmond A. S., Snaith R. P. «The hospital anxiety and depression scale // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983. N 67 (6). PP 361–370.
21. Zung WWK. The depression status inventory: an adjunct to the self-rating depression scale. *J Clin Psychol.* 1972. N 28. PP 539-543.

Близнец Е.Н.

ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ КАК ПРЕДПОСЫЛКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

ГУЗ «Гомельская центральная городская детская клиническая поликлиника»
Филиал №3, Республика Беларусь, г. Гомель

Аннотация. В статье рассмотрены особенности семейного воспитания как предпосылки суицидального поведения подростков. Приведены примеры из практики, в которых причинами суицидального риска у детей являются нарушения детско-родительских отношений.

Ключевые слова: суицидальное поведение, нарушение детско-родительских отношений, особенности семейного воспитания.

Bliznets E.N.

PECULIARITIES OF FAMILY EDUCATION AS PREREQUISITES FOR SUICIDAL BEHAVIOR IN ADOLESCENTS

State Healthcare Institution “Gomel Central City Children’s Clinical Polyclinic”
Branch No. 3, Republic of Belarus, Gomel

Abstract. The article examines the peculiarities of family education as prerequisites for suicidal behavior in adolescents. Examples from practice are given in which the causes of suicidal risk in children are violations of parent-child relationships.

Keywords: suicidal behavior, violation of parent-child relationships, peculiarities of family education.

Святая наука – слышать друг друга...
Не только слышать, но и понять и помочь.
Если сделать это вовремя, то сколько
жизней детей и подростков мы сможем сохранить.

Проблема суицида в подростковом возрасте является чрезвычайно актуальной. Подростковый суицид – это крик о помощи, стремление привлечь внимание к своему страданию. Е.М. Вроно пишет: «Желание устраниться лишь на время, «умереть не до конца» – типичное подростковое решение трудной ситуации» [2, с.123].

Одной из главных социально-психологических причин суицидального поведения детей и подростков является семейная дезорганизация. Нарушения детско-родительских отношений, отсутствие безопасности, каждодневного ухода, заботы, понимания, принятия формируют чувства страха, неуверенности в себе, низкую самооценку, отсутствие веры в себя, свои силы

и способности, замкнутости, уходу в себя, что создает условия для суициального риска.

Поэтому важно повышать уровень психологических, педагогических знаний родителей путем взаимодействия с различными специалистами (психологи, педагоги, медицинские работники) с помощью разнообразных форм (лекция, беседа, круглый стол, консультация и т.д.). Актуальными темами для профилактики суициального поведения детей являются: особенности подросткового возраста, эмоциональные проблемы, трудности общения родителей и детей, близость в детско-родительских отношениях, совместная деятельность родителей и детей, психологическое благополучие детей, стили семейного воспитания, традиции в семье, роль семьи в психическом развитии ребенка и др.

Подросток часто переживает проблемы трех «Н»: непреодолимость трудностей, нескончаемость несчастья, непереносимость тоски и одиночества. Отчаявшийся подросток вынужден бороться с тремя «Б»: беспомощностью, бессилием, безнадежностью.

Приведем несколько примеров из практики, в которых причинами суициального риска у детей являются нарушения детско-родительских отношений.

Пример 1. Суицидальный риск у девочки 11 лет. Нуждается во внимании родителей, совместном времяпрепровождении. Чувство одиночества. Обида на родителей по причине невыполнения обещаний (вместе съездить на елку, посмотреть фильм, приготовить еду).

Пример 2. Суицидальный риск у девочки 14 лет. Мать занята своей жизнью. Воспитание сводится к предъявлению требований, правил, нотаций. Подросток нарушает дисциплину в классе, плохо учится. Агрессивная, конфликтная. Внешний вид соответствует принадлежности девочки к неформальным субкультурям. Демонстративность, привлечение к себе внимания. Подросток нуждается в общении, принятии и понимании.

Пример 3. Суицидальный риск у мальчика 12 лет. Испытывает чувство одиночества. Говорит, что привык быть один. Мама постоянно в телефоне. Нехватка общения и внимания матери.

Пример 4. Суицидальный риск у подростка 13 лет. Стиль воспитания – попустительский. Мать не справляется с подростком. Высказывает мысли о том, что от него нужно отказаться. Непринятие ребенка. Постоянная критика. Создание деструктивных групп, групп суициального характера в социальных сетях.

Особенности семейного воспитания, которые являются предпосылками суициального поведения [1]:

Жесткий контроль родителями поведения, учебной деятельности, распорядка дня, круга общения, эмоционального состояния ребенка. Родители берут

на себя ответственность за все, что происходит в жизни ребенка. Склонны обвинять себя, что не создали комфортные условия для ребенка. В результате вырастают дети, которые не умеют отвечать за себя и последствия своих поступков. Появляется чувство беспомощности в трудных ситуациях.

Формирование у ребенка чувства вины фразами: «Ты огорчаешь меня своим поведением и оценками», «Отойди от меня, не могу на тебя смотреть, как ты могла такое сделать», «Мне стыдно за тебя, твое поведение», «Мы не поедем в детский центр, потому что ты плохо написал контрольную». Если родители обвиняют ребенка в своем плохом настроении, сколько страданий он им доставил, то формируется черта самоедства. Чтобы избавится от чувства вины, ребенок стремится доказать обратное: «Когда я умру, то вам будет легче без меня, и вы будете виноваты».

Отношение к ребенку как маленькому, неумелому, неспособному, несамостоятельному. Рассуждения родителей: «Зачем ребенку спорт – он слабый, болезненный», «Зачем мальчику танцы – это занятие для девочек». Это приводит к тому, что дети не учатся предвосхищать и планировать события, ставить себе цели и идти к ним.

Объяснение родителями всех событий в жизни ребенка внешними причинами, игнорирование внутренних возможностей человека быть ответственным за свою судьбу и чувства. Данный тип воспитания порождает зависимость эмоциональных состояний от внешней среды и неумение справляться с трудностями самостоятельно.

Родители постоянно оберегают ребёнка от ошибок. В результате формируется мотивация избегания неудач, которая доминирует над мотивацией достижения. Страх ошибки приводит к потере перспективности стараний, действий, стремлений, будущего. Таким образом теряется смысл жизни.

Чтобы наглядно продемонстрировать родителям, как у ребенка возникают проблемы, необходимо предложить родителям выполнить упражнение «Чистый лист». Инструкция: «Представьте себе, что это душа ребенка (продемонстрировать чистый лист, постепенно сворачивая его в четыре части). Затем попросить отрывать кусок бумаги при чтении каждого утверждения. Отрывается часть его души».

Утверждения: «Когда ребенка не замечают в семье», «Когда ребенка не принимают сверстники», «Когда ребенка не понимают учителя», «Когда он перестает верить в себя», «Когда он никому не нужен».

Обсуждение с родителями: А что в итоге? (в листе бумаги появляется дыра). Душа ребенка становится сплошной «черной дырой», испытывая чувство краха, безысходности, отчаяния, страха, безнадежности. Задумывается над вопросами: какие чувства и переживания испытывает мой ребенок? Как скла-

дываются его отношения с семьей, сверстниками, учителями? Какие проблемы волнуют моего ребенка?

Важным элементом профилактики суицидов является профилактика депрессий у подростков. Когда у подростка отмечается признаки депрессивного состояния, необходимо сразу же принимать меры для того, чтобы помочь ему выйти из этого состояния. Рассмотрим следующие.

Разговоры с ребенком, вопросы ребенку о его самочувствии, настроении, переживаниях, чувствах, эмоциях, вести беседы о будущем, строить планы. Беседы должны вселять уверенность в самом себе, в своей способности решать проблемы и добиваться поставленных целей. Не сравнивать подростка с другими ребятами – более успешными, бодрыми, энергичными.

Внести разнообразие в обыденную жизнь подростка; заняться с ним новыми делами или подыскать ему какое-то новое занятие, придумать новые способы выполнения домашних обязанностей.

Контролировать соблюдение подростком режима дня (хороший сон, нормальное питание, свежий воздух, спорт). Физическое здоровье подростка нуждается в пристальном внимании, так как депрессия – психофизиологическое состояние.

Принимать во внимание другие источники помощи: друзей подростка, психологов, педагогов и т.д. Можно самостоятельно обратиться к специалистам за консультацией, чтобы вместе разработать стратегию помощи ребенку.

Таким образом, родителям необходимо учить подростков сосредотачивать свое внимание на позитивном; уметь видеть окружающий мир с точки зрения возможностей, а не препятствий. Учить заботиться о себе с помощью физических упражнений и рационального питания. Учить сотрудничать с людьми (ровесниками, взрослыми); получать понимание и социальную поддержку. Помогать детям реализовывать свои возможности в различных сферах деятельности (в спорте, танцах, путешествиях, занятиях искусством).

Чем больше у подростка интересов и занятий, тем меньше он будет поддаваться влиянию негативных факторов и тем реже он будет использовать такую стратегию решения проблем, как избегание. Посещение различных кружков, секций и курсов не только расширяет кругозор подростка, но и помогает ему найти больше друзей и поддержку.

Список литературы

1. Акмалов, А.Ю. *Семейное воспитание: психология и педагогика родительства: монография*. – Челябинск: Печатный двор, 2023. – 160 с.
2. Вроно, Е. М. *Поймите своего ребенка*. – М.: Дрофа, 2002. – 224 с.

Блюфарб Н.М.

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДОВ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

ЛДМЦ «АКСИС», Москва

Аннотация. В данной статье рассмотрены типы суицидального поведения, причины их возникновения у несовершеннолетних. Чтобы хорошо понимать, как лучше организовать профилактику суицидального поведения у несовершеннолетних, рассматриваются типы суицидоопасных ситуационных реакций подросткового возраста. Большое внимание уделено вариантам психотерапии в коррекции суицидального поведения у несовершеннолетних, а также тому, как родители могут оказать помощь своим детям, чтобы предотвратить попытку самоубийства.

Ключевые слова: суицидальное поведение, саморазрушающее, аутодеструктивное поведение, детско-подростковый онтогенез, профилактика суицидов, скрининг суицидального поведения.

Blufarb N.

PREVENTION OF SUICIDE IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

TDMC AKSIS, Moscow, Russia

Abstract. This article discusses the types of suicidal behavior and the causes of their occurrence in minors. In order to understand how best to organize the prevention of suicidal behavior in minors, the types of suicidal situational reactions of adolescence are considered. Much attention is paid to the options of psychotherapy in correcting suicidal behavior in minors, as well as how parents can help their children to prevent a suicide attempt.

Keywords: suicidal behavior, self-destructive, self-destructive behavior, childhood and adolescent ontogenesis, suicide prevention, screening for suicidal behavior

Суицидальное поведение на разных этапах онтогенетического развития имеет свои особенности. Самоубийство во всем мире имеет подвижные возрастные пики, но при сравнительной статистике выделяются два основных: «пик» молодости – от 15 до 23 лет и «пик» инволюции – после 40 лет. Наибольшим своеобразием характеризуется детско-подростковый период жизни человека. Аутоагрессивные действия детей и подростков чрезвычайно опасны. Отличительной особенностью детского возраста, по мнению Е. Шир (1984), является отсутствие страха смерти ввиду неинформированности самого понятия смерти. По мнению большинства исследователей, концепция смерти у ребенка приближается к таковой у взрослого лишь к 11-14 годам.

Ввиду незрелости и отсутствия жизненного опыта даже незначительная конфликтная ситуация кажется безвыходной, а потому становится чрезвычайно суицидоопасной. Большое значение для этого возраста имеют

взаимоотношения в семье и среди сверстников. Суицидогенные составляющие семейного воспитания – гиперопека, авторитарность родителя с ригидными установками, низкий культурный и образовательный уровень родителей.

Своевобразием детско-подросткового этапа онтогенеза отличаются также мотивация и динамика суицидального поведения. Так, для детей характерны мозаичность, вариабельность пресуицидального статуса, что создает особые затруднения в распознавании угрозы самоубийства. Суицидоопасна в этом возрасте и скрытая депрессия. По мнению исследователей, депрессии у детей и подростков часто маскируются гиперактивностью, агрессией, что затрудняет ее диагностирование. Типичной для детско-подросткового возраста является также суицидоопасная группа, состоящая из подростков, отличающихся высоконравственными устоями с идеализацией чувств любви и сексуальных отношений.

Причины суицида у подростков:

- Потеря любимого человека;
- Уязвленное чувство собственного достоинства;
- Употребление психоактивных веществ;
- Чувство протesta и мести;
- Страх наказания и позора;
- Стремление вызвать сочувствие;
- Переезд семьи на новое место жительства;
- Неразделенная любовь и ревность;
- Нежелательная беременность

Риски психического здоровья у подростков

- Стремление к самостоятельности;
- Желание соответствовать ожиданиям сверстников;
- Поиск сексуальной идентичности;
- Влияние СМИ;
- Отношения в семье;
- Взаимоотношения со сверстниками;
- Физическое и эмоциональное насилие;
- Социальная изоляция

Факторы риска, специфические для школьной среды

- Преследования, травля;
- Чувство отвергнутости;
- Высокие учебные требования;
- Стигматизация ученика.

Эрик Эриксон (1996) отмечает, что во время подросткового кризиса индивид глубоко вовлечен в процесс интеграции эгоидентичности. Идентификация по Эриксону включает преемственность с индивидуальным прошлым, чувство

постоянства, а также целостное ощущение Я, включающее цели, задачи и стиль жизни наряду с сексуальной идентификацией.

На пути к достижению идентичности подросток проходит ряд этапов: регрессию к инфантильному уровню со стремлением отстичь обретение взрослого статуса; смутное, но устойчивое состояние тревоги, связанное с социальной незрелостью; чувство изоляции и опустошенности из-за страха утратить собственную идентичность в интимно-личностных отношениях; ожидание чуда, которое может внезапно изменить жизнь; страх перед общением, особенно с противоположным полом; враждебность и презрение к существующим общественным ролям; презрение к отечественному и переоценка всего иностранного; стремление стать «ничем» в качестве единственного способа самоутверждения.

Специфическим подростковым типом суицидального поведения является суицид с мотивацией самоустраниния, для которого характерно отсутствие или крайняя непродолжительность и нестойкость стремления к смерти. Чем меньше возраст подростков, тем ярче обнаруживается преобладание агрессивной направленности поведения над аутоагрессивной, особенно при демонстративно-шантажных суицидных попытках. Аутоагрессивные мотивы в максимальной мере проявляются у подростков среднего пубертатного возраста в суицидах с мотивацией самоустраниния. Подростки из неблагополучных семей обнаруживают лучшую защиту от кризисов, так как имеют непротиворечивую и стабильную систему социальных установок. Внешне благополучная семья, маскирующая разнообразные сложности своего функционирования, создает условия для возникновения неустойчивой самооценки и низкого самопринятия у ребенка и часто не способна обеспечить ему истинной поддержки в конфликтной ситуации.

Е. Вроно (2001) отмечает, что подросток часто переживает проблемы трех «Н»: непреодолимость трудностей, нескончаемость несчастья и непереносимость тоски и одиночества. Отчаявшийся подросток вынужден бороться с тремя «Б»: беспомощностью, бессилием и безнадежностью. В процессе этой борьбы он может прийти к выводу о том, что ни на что не годен, и вынести себе смертельный приговор.

Кризисное вмешательство – комплекс организационных, лечебных и профилактических мероприятий, направленных на снижение суицидального риска и устранения негативных соматических и психосоциальных последствий суицидального акта.

Основные принципы неотложной психотерапевтической помощи при суицидальном поведении:

- Доступность;
- Отреагирование ситуации;

- Купирование суицидальных мыслей и намерений;
- Директивное руководство

Молодежный суицид представляет собой национальный и глобальный кризис общественного здравоохранения. Педиатры могут использовать стратегии первичной и вторичной профилактики для вмешательства в работу с молодежью до или после начала суицидального поведения. Универсальные программы скрининга риска самоубийства могут выявлять в медицинских учреждениях молодых людей, которые в противном случае могли бы пройти через медицинское учреждение с невыявленным риском самоубийства.

Педиатры, работающие на передовой в условиях этого критического кризиса в области общественного здравоохранения, нуждаются в обучении и подготовке для выявления риска суицида, оказания помощи тем, у кого выявлен такой риск, и направления своих пациентов к специалистам в области психического здоровья, которые могут оказать необходимую помощь.

Научно обоснованные инструменты для выявления и оценки риска суицида в сочетании с мерами по предотвращению суицида являются целесообразными и потенциально могут спасти жизнь в медицинских учреждениях.

Потенциальные методы профилактики включают повышение стрессоустойчивости у молодых пациентов, укрепление связей со сверстниками и семьёй, а также работу с психопатологией родителей. Способность молодого человека адаптироваться к стрессу и неблагоприятным условиям необходима для здорового развития.

Специалисты в области душевного здоровья могут повышать стрессоустойчивость, обращая внимание на сильные стороны пациента, поощряя его уверенность в себе, обучая эффективным навыкам решения проблем и выявляя защитные факторы, такие как крепкие социальные связи, участие в лечении психических расстройств и сильные религиозные/духовные убеждения.

Некоторые исследования показали, что чем сильнее учащиеся чувствуют связь со школой и сверстниками, тем реже они сообщают о суицидальных мыслях. Помимо поддержки со стороны сверстников, факторами, защищающими от суицидального поведения, являются поддержка семьи и общества. Кроме того, исследования показывают, что существует тесная связь между психическим здоровьем детей и родителей, так что у родителей с психическими расстройствами чаще рождаются дети с психическими симптомами. Примечательно, что вмешательство и смягчение симптомов депрессии у родителей снижает депрессивные и суицидальные симптомы и улучшает состояние здоровья их детей, превращая фактор риска в защитный фактор.

Превратить исследования в области предотвращения самоубийств в реальные действия – непростая задача, но она успешно решается. В целом, программы скрининга должны быть гибкими, чтобы каждое учреждение могло

использовать проверенные инструменты и адаптировать процессы таким образом, чтобы они гармонично вписывались в рабочие процессы и культуру каждого учреждения и обслуживаемых им групп населения.

Какие скрининговые методики могут использовать специалисты детского отделения: *ASQ (Ask suicide-screening questions) – скрининг суициального риска у детей и подростков

Крупная педиатрическая клиника в Ричмонде, штат Верджиния, внедрила ASQ-тест среди амбулаторных пациентов педиатрического отделения. Все сотрудники, включая врачей, медсестер, администраторов прошли обучение по выявлению и предотвращению суицидальных рисков.

Процесс также включает в себя раздачу флаеров родителям во время регистрации на стойке ресепшина. В флаере сообщалось о новом дополнении к стандартной практике – скрининг на риск суицида, о причинах проведения всеобщего скрининга и приводились ссылки на несколько научных статей о безопасности скрининга молодых людей на риск суицида.

Благодаря такому совместному, эмпирическому, мониторинговому и ориентированному на результат подходу персоналу теперь комфортно проводить скрининг. Они создали высокоэффективную и потенциально спасающую жизни программу скрининга, которую ценят врачи, пациенты и их семьи.

В России используется методика «Карта риска суицида» модификация для подростков Л. Б. Шнейдер, также шкала безнадежности Бека, опросник суициального риска (модификация Т. Н. Розуваевой), методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д. Расселя и М. Фергюсона, Диагностика суицидального поведения подростков (Модификация опросника Г. Айзенка «Самооценка психических состояний личности» для подросткового возраста).

Проблемы, связанные с внедрением программ скрининга в медицинских учреждениях, включают нехватку времени, трудности с лечением пациентов с положительными результатами скрининга, дискомфорт при задавании вопросов о суициде и стигматизацию. Педиатры обеспокоены тем, что им придётся дополнительно нагружать и без того перегруженные системы, направляя пациентов на психиатрическую помощь. В то время как доступ к психиатрической помощи является проблемой общественного здравоохранения по всей стране, данные крупных скрининговых программ показывают, что скрининг пациентов с хроническими заболеваниями на предмет риска суицида не привёл к увеличению числа обращений в отделения неотложной помощи или перегруженности систем здравоохранения. К сожалению, молодые люди борются с суицидальными мыслями независимо от того, проводим ли мы, педиатры, скрининг. Для большинства молодых людей сам по себе скрининг может стать вмешательством, поскольку это может быть первая

встреча, на которой они делятся своими тревожными мыслями с доверенным взрослым. Кроме того, большую часть времени родители не подозревают, что их ребёнок думает о самоубийстве. Обнаружение суицидальных мыслей может заставить родителя/опекуна быть более внимательными к признакам непосредственной угрозы.

Список литературы

1. Александрова Н. В. Особенности суицидального поведения у детей и подростков/ Александрова Н. В. — Омск, 2018.
2. Александрова Н. В. Профилактика суицидального поведения. / Александрова Н. В. — Омск.: Государственный университет им. Ф. М. Достоевского, 2020. — 116 с.
3. Бебчук М. А. Особенности суицидального поведения подростков: в помощь работнику образовательной организации. Методические рекомендации, 2020.
4. Добрovidova Н. А. Диагностика отклоняющегося поведения. Выпуск 1. Психологическая диагностика самоповреждающего и суицидального поведения, 2022.
5. Калинина Н. В. Организация профилактической работы с несовершеннолетними, склонными к суицидальному поведению. — М: ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей», 2018.
6. Лобов Е. Б. Диагностика суицидального поведения и оценка суицидального риска. Сообщение, 2018.
7. Погодин И. А. Суицидальное поведение: психологические аспекты/ Погодин И. А. — М: «Флинта», 2001. 333 с.
8. Семенов Н. В. ASQ — скрининг суицидального риска у детей и подростков. Научно-практический журнал «Суицидология.рф» Vol. 12, №2 (43), 2021.
9. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия / Г. В. Старшенбаум. — М.: «Когито-Центр», 2005. 220 с.
10. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11057227/>
11. [Быкова А. Ю., Быков Ю. В., Беккер Р. А.](https://suicideprevention.nv.gov>Youth/WhatYouCanDo/</div><div data-bbox=)

НЕЙРОВОСПАЛЕНИЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ СУИЦИДАЛЬНОСТИ ПРИ ПОСТКОВИДНОЙ ДЕПРЕССИИ У ДЕВУШКИ-ПОДРОСТКА (ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ И МИНИ-ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Ставропольский государственный медицинский университет, г. Ставрополь

Аннотация. Представлено описание клинического случая тяжёлой, фармакорезистентной постковидной депрессии с выраженной суицидальностью у 17-летней девушки. Эффективным как в преодолении терапевтической резистентности депрессии, так и в купировании суицидальности оказалось присоединение противовоспалительных препаратов, антиоксидантов и пробиотиков.

Ключевые слова: суицидальность у подростков, терапевтически резистентная депрессия, нейровоспаление, постковидная депрессия, противовоспалительная терапия.

Bykova A.Yu., Bykov Yu.V., Bekker R. A.

NEUROINFLAMMATION IN THE PATHOGENESIS OF ACUTE SUICIDALITY IN A FEMALE ADOLESCENT (A CLINICAL CASE PRESENTATION WITH A MINI-REVIEW OF THE LITERATURE)

Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia

Abstract. Presented there is a description of a clinical case of severe, drug-resistant post-COVID depression with pronounced suicidality in a 17-year-old girl. The addition of anti-inflammatory drugs, antioxidants and probiotics proved effective both in overcoming the therapeutic resistance of her depression and in preventing her suicidality.

Keywords: adolescent suicidality, treatment resistant depression, neuroinflammation, post-COVID depression, antiinflammatory therapy.

Актуальность. Доказано, что суицидальная активность в целом (суицидальные мысли и намерения, суицидальные попытки в анамнезе) тесно коррелирует со степенью воспалительной гиперактивации микроглии, с системными про-воспалительными сдвигами в организме и с уровнями воспалительных цитокинов в плазме крови и в ликворе [3, 8, 11, 15].

Как показано в докторской диссертации М. Г. Клэйтона, защищенной в 2024 году в Университете Северной Каролины, США, это справедливо и для подростковой суицидальности, причём даже в большей мере, чем для суицидальности у взрослых [4].

Нейровоспаление при депрессиях и при суицидальности нарушает процессы нейрогенеза и синаптогенеза, нейропластичности и синаптической

пластичности, повышает уровни нитрозативного и оксидативного стресса в ЦНС, приводит к нарушению биосинтеза серотонина, к нарушениям моноаминергической нейротрансмиссии и к направлению большей части L-триптофана по кинурениновому пути катаболизма с образованием нейротоксичной кинуреновой кислоты [11, 15].

Склонные к суицидальности или имеющие суицидальные попытки в недавнем анамнезе пациенты имеют некоторые особенности цитокинового профиля плазмы крови. Эти особенности отличают их от «просто» депрессивных пациентов и указывают на более высокую, чем при не-суицидальных депрессиях, воспалительную активность нейроглии и на сниженный контргрегуляторный противовоспалительный ответ организма на неё [13].

В частности, у потенциальных или недавних суицидентов, наряду с достаточно типичным для «депрессий вообще» повышением уровней в плазме крови интерлейкина-1-бета (ИЛ-1 β), интерлейкина-6 (ИЛ-6), фактора некроза опухолей-альфа (ФНО- α , TNF- α), отмечается также повышение уровней трансформирующего фактора роста-1-бета (ТФР-1 β , TGF-1 β), сосудисто-эндотелиального фактора роста (СЭФР, VEGF), кинуреновой кислоты, снижение уровней интерлейкинов 2 и 4 (ИЛ-2, ИЛ-4), интерферона-гамма (ИФН- γ) [13].

Показано, что определённые полиморфизмы в генах, имеющих отношение к регуляции каскадов нейровоспаления и нейропластичности (в частности, в генах некоторых интерлейкинов), ассоциируются с повышенным риском развития суицидально опасного поведения [14].

Также показано, что суицидальность сопровождается особенно выраженным, по сравнению с не-суицидальными депрессиями, обеднением видового разнообразия кишечной микрофлоры. Это наблюдается как у детей и подростков, так и у молодых людей студенческого возраста [2, 10].

С другой стороны, известно, что так называемый «постковидный синдром» (long COVID) часто включает в себя депрессивную и тревожную симптоматику той или иной степени выраженности («постковидную депрессию» и/или «постковидную тревогу») и часто сопровождается развитием суицидальных мыслей и интенций, суицидального поведения и даже суицидальных попыток [5].

Доказано, что в патогенезе постковидной депрессии, постковидной тревоги и постковидной суицидальности играют особенно важную, по сравнению с депрессиями и тревожными состояниями или суицидальностью другой этиологии, роль иммунопатологические нарушения, длительная персистенция уже не способных к заражению и размножению «обломков» вирусных частиц (псевдовирионов) или молекул вирусных белков в организме, системные воспалительные сдвиги в организме, нейровоспаление и реактивный астраглиоз, повышенные уровни оксидативного и нитрозативного стресса, митохондриальная дисфункция, нарушения состава кишечной микробиоты [6, 7, 9].

Перенесённый COVID-19, вследствие высокой нейротропности и иммунопатогенности вируса, часто осложняется развитием синдрома Гийена-Барре (СГБ) и других неврологических осложнений, иногда необратимых. В противоположность тому, что наблюдается при многих других вирусных инфекциях, где частота встречаемости СГБ значительно повышается с возрастом, постковидный СГБ нередко развивается и у детей и подростков [1, 12].

Наличие постковидных неврологических осложнений (параличей, парезов, парестезий, хронических болевых синдромов и т.п.) – не только ухудшает общее качество жизни пациентов с постковидным синдромом, но и значительно повышает суицидальный риск [5].

В экспериментальном протоколе лечения постковидного синдрома I-RECOVER рекомендуется, в зависимости от результатов анализов крови на маркеры воспаления и оксидативного стресса и т.п., а также от клинической картины болезни, степени её тяжести пробовать назначать различные иммуномодулирующие и противовоспалительные препараты (ивермектин, левамизол, гидроксихлорохин, короткий курс глюкокортикоидов (ГК), низкодозный аспирин, целеококсиб и др.), антиоксиданты, витамины, микроэлементы, пробиотики [9].

Цель исследования. Представить описание девушки-подростка с тяжёлой постковидной депрессией, выраженной суицидальностью и остаточными неврологическими явлениями после перенесённого СГБ, где эффективным в преодолении постковидной депрессии и купировании суицидальности оказалось присоединение противовоспалительных агентов, антиоксидантов и пробиотиков.

Материал и методы. В онлайне обратилась с необычным запросом девушка 2006 г.р. (17 лет на момент обращения). Запрос её состоял в том, чтобы «узнать, какой способ самоубийства наиболее надёжный и наименее болезненный». Ей было сообщено, что удовлетворить подобную просьбу не представляется возможным по соображениям этического порядка.

В ходе последующей беседы выяснилось, что пациентка в 2022 году, в 16-летнем возрасте, перенесла COVID-19 в тяжёлой форме, с пневмонией и острой дыхательной недостаточностью, потребовавшей госпитализации.

Спустя 2 недели после выписки из стационара девушка перенесла эпизод СГБ, потребовавший повторной госпитализации. После этого длительное время – до момента обращения с вышеуказанным запросом включительно – испытывала слабость и парестезии в конечностях, выраженные когнитивные нарушения до такой степени, что практически не могла учиться в школе.

Также предъявляла жалобы на бессонницу, тревогу, депрессию, кишечную дисфункцию (чредование запоров и поносов). Считала себя «неизлечимо

больной», «инвалидкой», «уродиной», «обузой для родителей и старшего брата». В связи с этим желала покончить жизнь самоубийством.

Ранее обращалась к психиатрам, получала назначения антидепрессантов и антипсихотиков: эсциталопрама до 20 мг/сут с алимемазином 15 мг/сут, сертрапамина до 150 мг/сут с хлорпротиксеном до 100 мг/сут на ночь, флуоксамина до 200 мг/сут с арипипразолом 5 мг/сут. На момент обращения получала последнюю упомянутую комбинацию, эффект которой характеризовала так: «что пью, что не пью – разницы не вижу».

Результаты и обсуждение. Поскольку известно, что в патогенезе постковидных депрессий играют большую роль нейровоспаление и системные воспалительные сдвиги в крови, и поскольку также известно, что у девушек и женщин различные аутоиммунные и воспалительные заболевания встречаются в 2–3 раза чаще, чем у мужчин, то пациентке было предложено сдать анализы на С-реактивный белок (СРБ) и на некоторые воспалительные цитокины. Уровень СРБ оказался повышенным (11 мг/л, при норме до 5 мг/л). Также повышенным оказался уровень ИЛ-6 (24 (!) пг/мл, при норме до 6,8 пг/мл).

Это привело к рекомендации, согласно протоколу I-RECOVER, повторного короткого курса ГК (сходного с тем, который девушка получила в больнице при лечении СГБ) – 1 мг/кг/сут преднизолона (45 мг/сут) на 2 недели, с последующим плавным снижением до 0. Уже во время курса ГК пациентка отметила исчезновение парестезий в конечностях, уменьшение слабости, одышки, улучшение настроения и самочувствия.

После окончания курса ГК доза флуоксамина была повышена до 300 мг/сут. в надежде использовать сильное сигма-агонистическое и противовоспалительное действие его высоких доз. Добавлены, также сообразно протоколу I-RECOVER, противовоспалительные агенты и антиоксиданты – целекоксиб 200 мг/сут, гидроксихлорохин 200 мг на ночь, аскорбиновая кислота 500 мг/сут, витамин Е 100 мг/сут, витамин D 5000 IU/сут, пробиотики. Арипипразол отменен из-за жалоб на бессонницу и тревогу. Вместо него назначен 3 мг мелатонин на ночь.

Вышеописанная коррекция лечения привела к быстрому (в первый же месяц) купированию депрессии, исчезновению суицидальных мыслей и тенденций, восстановлению трудоспособности и когнитивного функционирования пациентки.

Выводы. Нейровоспаление в целом играет существенную роль в патогенезе депрессий и суицидального поведения (в том числе и даже в особенности – именно у детей и подростков). Но особенно значительную роль оно может играть в патогенезе именно постинфекционных депрессий, в данном случае – постковидной депрессии.

Активная противовоспалительная терапия может способствовать быстрому купированию суицидальности и преодолению резистентности депрессии в подобных случаях.

Список литературы

1. Ahmadabadi F., Taghdiri M., Nasehi M. et al. Prevalence and Mortality of Pediatrics with Guillain-Barré Syndrome during the COVID-19 Pandemic and Pre-COVID-19 Periods //Iran J Child Neurol. — 2024. — Vol. 18. — No. 4. — P. 71–79. — DOI: 10.22037/ijcn.v18i4.43818.
2. Ahrens A. P., Sanchez-Padilla D. E., Drew J. C. et al. Saliva microbiome, dietary, and genetic markers are associated with suicidal ideation in university students //Sci Rep. — 2022. — Vol. 12. — No. 1. — P. 14306. — DOI: 10.1038/s41598-022-18020-2.
3. Baharikhoob P., Kolla N. J. Microglial dysregulation and suicidality: a stress-diathesis perspective //Front Psychiatry. — 2020. — Vol. 11. — P. 781. — DOI: 10.3389/fpsyg.2020.00781.
4. Clayton M. G. Social Stress Responses, Inflammatory Processes, and Risk for Suicidal Thoughts and Behaviors in Adolescence : автореф. дис. — The University of North Carolina at Chapel Hill, 2024.
5. Costanza A., Amerio A., Aguglia A. et al. A prospective multicenter longitudinal analysis of suicidal ideation among long-COVID-19 patients //Healthcare. — 2024. — Vol. 12. — No. 3. — P. 290. — DOI: 10.3390/healthcare12030290.
6. Costanza A., Amerio A., Aguglia A. et al. Hyper/neuroinflammation in COVID-19 and suicide etiopathogenesis: Hypothesis for a nefarious collision? //Neurosci Biobehav Rev. — 2022. — Vol. 136. — P. 104606. — DOI: 10.1016/j.neubiorev.2022.104606.
7. Costanza A., Amerio A., Aguglia A. et al. Reactive Astrocytosis — A Potential Contributor to Increased Suicide in Long COVID-19 Patients? //Brain Sci. — 2024. — Vol. 14. — No. 10. — P. 973. — DOI: 10.3390/brainsci14100973.
8. Courtet P., Giner L., Seneque M. et al. Neuroinflammation in suicide: Toward a comprehensive model //World J Biol Psychiatry. — 2016. — Vol. 17. — No. 8. — P. 564–586. — DOI: 10.3109/15622975.2015.1054879.
9. I-RECOVER Long COVID Experimental Protocol. Доступен по адресу: <https://covid19criticalcare.com/protocol/i-recover-long-covid-treatment/> Доступ проверен 07.11.2024 г.
10. Ling Z., Cheng Y., Chen F. et al. Changes in fecal microbiota composition and the cytokine expression profile in school-aged children with depression: A case-control study //Front Immunol. — 2022. — Vol. 13. — P. 964910. — DOI: 10.3389/fimmu.2022.964910.
11. Morena D., Turillazzi E., Fineschi V. Peripheral Biomarkers and Suicide: The Role of Neurotransmission, Neurotrophism, Neuroinflammation, and Neuroplasticity Dysregulation //Front Biosci. — 2024. — Vol. 29. — No. 10. — P. 346. — DOI: 10.31083/j.fbl2910346.

12. Sangeetha S., Divya N., Kumar S. et al. COVID-19-Associated Neurological Complications in Children //Iran J Child Neurol. — 2024. — Vol. 18. — No. 4. — P. 47–60. — DOI: 10.22037/ijcn.v18.43364.
13. Serafini G., Parisi V.M., Aguglia A. et al. A specific inflammatory profile underlying suicide risk? Systematic review of the main literature findings //Int J Environ Res Public Health. — 2020. — Vol. 17. — No. 7. — P. 2393. — DOI: 10.3390/ijerph17072393.
14. Turiaco F., Iannuzzo F., Bruno A. et al. Genetics of suicide ideation. A role for inflammation and neuroplasticity? //Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. — 2024. — Vol. 274. — No. 7. — P. 1527–1541. — DOI: 10.1007/s00406-024-01836-6.
15. Vasupanrajit A., Jirakran K., Tunvirachaisakul C., Maes M. Suicide attempts are associated with activated immune-inflammatory, nitro-oxidative, and neuro-toxic pathways: A systematic review and meta-analysis //J Affect Disord. — 2021. — Vol. 295. — P. 80–92. — DOI: 10.1016/j.jad.2021.08.015.

Быков Ю.В., Быкова А.Ю., Беккер Р.А.

**ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ И КЕТАМИН
В КУПИРОВАНИИ ОСТРОЙ СУИЦИДАЛЬНОСТИ
У ПОДРОСТКА (ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ
И МИНИ-ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Аннотация. Представлено описание клинического случая 17-летнего юноши с терапевтически резистентной депрессией (ТРД) и активными суицидальными намерениями, где купированию острой суицидальности, преодолению ТРД и становлению клинической ремиссии способствовало применение электросудорожной терапии (ЭСТ) под общей анестезией (ОА) кетамином.

Ключевые слова: суицидальность у подростков, терапевтически резистентная депрессия, электросудорожная терапия, кетамин.

Bykov Yu.V., Bykova A.Yu., Bekker R.A.

**ELECTROCONVULSIVE THERAPY AND KETAMINE TO ABOLISH
ACUTE SUICIDALITY IN AN ADOLESCENT (A CLINICAL CASE
PRESENTATION WITH A MINI-REVIEW OF THE LITERATURE)**

Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia

Abstract. The article presents a description of a clinical case of a 17-year-old male teenager with treatment-resistant depression (TRD) and active suicidal intentions, where the relief of acute suicidality, overcoming of TRD and the establishment of clinical remission were facilitated by the use of electroconvulsive therapy (ECT) under general anesthesia (GA) with ketamine.

Keywords: adolescent suicidality, treatment resistant depression, electroconvulsive therapy, ketamine.

Актуальность. Электросудорожная терапия (ЭСТ) – известный уже на протяжении более чем 80 лет, высокоэффективный и безопасный метод лечения тяжёлых депрессий (особенно психотических и/или протекающих с кататоническими симптомами, отказом от еды и/или воды, выраженным истощением или с острым психомоторным возбуждением, ажитацией), а также метод быстрого купирования суицидальности [13].

Исторически ЭСТ применялась во всех возрастных категориях – и у взрослых, и у детей и подростков, и у пациентов пожилого и старческого возраста, и у беременных женщин, при наличии к ней соответствующих показаний [13].

Однако, начиная с 1970-х годов, на фоне подъёма антипсихиатрического движения и ошибочного, стереотипного восприятия ЭСТ в общественном мнении развитых стран как якобы «брутального и жестокого», а также якобы

«устаревшего и ненаучного», якобы «опасного и мучительного для больных» – применение этого метода в психиатрии сильно сократилось. В том числе, к сожалению, и в тех случаях, когда ЭСТ безусловно была показана [13].

Применение же ЭСТ у детей и подростков до 18 лет во многих странах и во многих штатах США было вообще полностью запрещено, даже в случае наличия добровольного информированного согласия со стороны как самого подростка, так и его родителей или опекунов и/или наличия непосредственной угрозы его жизни. Основаниями для подобного запрета выдвигались предполагаемая «нэтичность» согласия родителей или опекунов на применение мнимо «брутального и жестокого» метода лечения ребёнка или подростка без его согласия или учёта его мнения, и одновременно – мнимая «неспособность» самого ребёнка или подростка «в силу своего возраста верно оценить возможные долгосрочные последствия ЭСТ», а также представление о якобы более высокой когнитивной токсичности ЭСТ у детей и подростков по сравнению со взрослыми [13].

Необоснованные юридические запреты и ограничения на применение ЭСТ у детей и подростков начали сниматься лишь сравнительно недавно. Несколько опубликованных в последние годы ретроспективных когортных исследований, систематических обзоров и мета-анализов показывают высокую эффективность и хорошую безопасность применения ЭСТ в этой возрастной категории для лечения тяжёлых депрессий, для преодоления терапевтической резистентности депрессий (ТРД) и/или для купирования острой суициальнойности [12, 14, 15].

Показано, что эффективность и переносимость ЭСТ, частота развития побочных эффектов (ПЭ) и, в частности, когнитивных нарушений (КН) существенно не отличаются у подростков 10–18 лет и у молодых взрослых (18–25 лет) с униполярной или биполярной депрессией [4, 11].

Ранее некоторыми специалистами высказывалось утверждение о том, что, хотя ЭСТ может быть эффективной в преодолении депрессии у детей и подростков, она, якобы, недостаточно хорошо купирует суициальность в данной возрастной категории по сравнению с антисуициальным эффектом ЭСТ у взрослых. В качестве основания для такого утверждения выдвигалось представление о том, что в суициальных мотивах и тенденциях у детей и подростков играют большую, по сравнению с взрослыми, роль различные психосоциальные (а не биологические) факторы – например, отношения со сверстниками или с родителями и другими личностно значимыми взрослыми [8].

Свежие (от 2024 года) исследования показывают, что это утверждение ошибочно, если не полностью ложно: ЭСТ является отличным, быстродействующим и высокоэффективным методом купирования острой суициальнойности

у детей и подростков и её антисуициальная активность в данной возрастной категории ничуть не хуже, чем у взрослых [8, 15].

Более того, сравнение респондеров и нон-респондеров на ЭСТ в этой возрастной категории показывает, что, как и в случае со взрослыми, эффективность ЭСТ тем выше, чем раньше в ходе болезни прибегли к использованию этого метода лечения, чем меньше общий стаж болезни и продолжительность текущего депрессивного эпизода, чем меньше было предпринято неэффективных попыток медикаментозного лечения до принятия решения об ЭСТ [8, 15].

В 2012 году опубликовано обновлённое руководство Американской Ассоциации по Детской и Подростковой Психиатрии (AACAP) по применению ЭСТ у детей и подростков. В нём обсуждаются, в частности, этические вопросы, проблема возможных противоречий между подростком и опекуном или родителями по вопросу о целесообразности ЭСТ и др. [9].

Сильное и быстро наступающее антидепрессивное и антисуициальное действие кетамина и эскетамина (S-энантиомера рацемического кетамина) было известно давно. В 2019-м году Управление по контролю за качеством продуктов и лекарств США (US FDA) выдало разрешение на применение интраназального эскетамина (Spravato) в комбинации с каким-либо антидепрессантом (АД) для лечения депрессий у взрослых. В 2020-м году в список официальных показаний к применению интраназального эскетамина у взрослых было добавлено купирование острой суициальности [1, 3, 7].

Однако потребности детей и подростков с ТРД и/или с острыми суициальными тенденциями остались не урегулированными этим решением FDA. Между тем, имеющиеся исследования показывают, что кетамин и эскетамин, применяемые off-label, являются высокоэффективными и быстродействующими средствами лечения депрессий и/или купирования острой суициальности и в этой возрастной категории. При этом риски развития когнитивных ПЭ, а также риски злоупотребления или развития зависимости от кетамина / эскетамина у подростков 12–18 лет не выше, чем у молодых взрослых (18–25 лет). Они зависят в большей мере от личностного преморбida пациента, чем от его паспортного возраста [1, 3, 7].

Как и в случае с ЭСТ, данные исследований говорят о том, что чем раньше в ходе болезни применён кетамин или эскетамин, тем он эффективнее и тем менее выражены КН [6].

Одним из интересных плюсов кетамина является то, что при его использовании для общей анестезии (ОА) перед ЭСТ одновременно усиливается антидепрессивное действие ЭСТ и уменьшаются вызываемые ЭСТ нарушения памяти. Это справедливо и в подростковой популяции [4].

Опубликованные в 2024 году два систематических обзора, посвящённых новым быстродействующим опциям лечения ТРД и/или купирования

острой суицидальности у детей и подростков, ставят ЭСТ и кетамин/эскетамин на одну ступень и по доказательности, и по быстроте наступления антидепрессивного и антисуицидального эффекта, и по степени безопасности применения в данной возрастной категории [2, 5].

Также в 2024 году опубликован в виде статьи проект руководства по применению кетамина и эскетамина у подростков. В нём, опять-таки, обсуждаются в том числе этические вопросы: проблема возможных противоречий между подростком и родителями или опекуном по вопросу об обоснованности применения кетамина/эскетамина, проблема его изменяющих сознание ПЭ и как об этом сообщить пациенту и родителям и т.п. [10].

Цель исследования. Представить описание клинического случая юноши с ТРД и активными суицидальными тенденциями, у которого эффективным как в преодолении ТРД, так и в купировании острой суицидальности оказалось применение ЭСТ под ОА кетамином.

Материал и методы. Наблюдался подросток 1995 г.р., мужского пола (17 лет на момент обращения за консультацией). Воспитывался матерью-одиночкой (мать с отцом в разводе).

С 15 лет страдал депрессией, неоднократно амбулаторно получал различные курсы психофармакотерапии (ПФТ) – разные сочетания АД, антидепрессантов (АД), нормотимиков (НТ), без особого эффекта. Обращался также к психотерапевтам, получал разнообразную психотерапию (ПТ) – тоже без видимого улучшения либо с кратковременным улучшением.

В 17-летнем возрасте, тайно от матери, попытался накопить заведомо смертельную дозу трициклических АД с суицидальной целью. Запас был случайно найден матерью, что привело к скандалу и к первой в жизни госпитализации юноши в государственную психиатрическую больницу.

В этой больнице имелись условия и возможности для проведения современной модифицированной ЭСТ под ОА. Юноша просил о назначении ЭСТ, говоря, что «устал мучиться». Мать поддерживала эту просьбу. Однако им было отказано с сообщением о том, что «этая процедура у нас назначается и проводится только с 18-летнего возраста».

После выписки из стационара пациент с матерью обратились за консультацией к соавторам настоящей статьи.

Результаты и обсуждение. В связи с лекарственной резистентностью депрессии у молодого человека, высоким риском совершения им повторных суицидальных попыток, а также в связи со сформировавшимся у матери и сына эксплицитным запросом на применение ЭСТ им было рекомендовано обратиться в частную психиатрическую клинику в одной из стран СНГ, где исповедуют более современный подход к возможности и обоснованности назначения ЭСТ подросткам. Кроме того, в этой клинике имелась возмож-

ность проведения ОА именно кетамином, что потенциально могло как усилить антидепрессивный и антисуицидальный эффект, так и снизить риск нарушений памяти.

В указанной клинике пациент прошёл 10 сеансов ЭСТ под ОА кетамином (3 мг/кг, ~180 мг на индукцию). Был выписан в ремиссию, с рекомендацией продолжения приёма АД (дулоксетина, 120 мг/сут) и начала приёма лития (900 мг/сут). По словам юноши, «желание умереть прошло уже после первого сеанса, а после третьего мне стала казаться дикой и нелепой сама мысль о том, что я этого ещё недавно очень хотел».

Выводы. ЭСТ и кетамин могут быть эффективными, быстродействующими и безопасными средствами купирования острой суицидальности у детей и подростков.

Необоснованные ограничения на применение ЭСТ у детей и подростков должны быть сняты или отменены, подобно тому, как это сейчас происходит в других развитых странах.

Список литературы

1. Bruton A. M., Wesemann D. G., Machingo T. A. et al. *Ketamine for mood disorders, anxiety, and suicidality in children and adolescents: a systematic review* //Eur Child Adolesc Psychiatry. — 2024. — P. 1–17. — DOI: 10.1007/s00787-024-02458-y. — Online ahead of print.
2. Faries E., Mabe L. A., Franzen R. L. et al. *Interventional approaches to treatment resistant depression (TRD) in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis* //J Affect Disord. — 2024. — Vol. 367. — P. 519–529. — DOI: 10.1016/j.jad.2024.08.212.
3. Gandhi S., Craig S., Gordon M. *Exploring the utility of ketamine in child and adolescent mental health: Perspectives of psychiatrists* //Aust NZ J Psychiatry. — 2024. — P. 00048674241268229. — DOI: 10.1177/00048674241268229. — Online ahead of print.
4. Ghaziuddin N., McClintock S. M., Maixner D. F. et al. *Cognitive effects of electroconvulsive therapy in depressed adolescents* //J Affect Disord. — 2024. — Vol. 356. — P. 32–33. — DOI: 10.1016/j.jad.2024.03.050.
5. Ledesma-Coryn S., Jornet-Plaza J., Gálvez-Melero L., García-Fuster M. J. *Novel rapid treatment options for adolescent depression* //Pharmacol Res. — 2024. — P. 107085. — DOI: 10.1016/j.phrs.2024.107085.
6. Lineham A., Avila-Quintero V. J., Bloch M. H., Dwyer J. *Exploring predictors of ketamine response in adolescent treatment-resistant depression* //J Child Adolesc Psychopharmacol. — 2024. — Vol. 34. — No. 2. — P. 73–79. — DOI: 10.1089/cap.2023.0047.
7. Pardossi S., Fagiolini A., Scheggi S., Cuomo A. *A Systematic Review on Ketamine and Esketamine for Treatment-Resistant Depression and Suicidality in Adolescents: A New Hope?* //Children. — 2024. — Vol. 11. — No. 7. — P. 801. — DOI: 10.3390/children11070801.

8. Ren H, Wang X, Zhang Z. et al. *Electroconvulsive therapy for adolescents with severe depressive episode and suicidality: retrospective comparison between responders and non-responders* // *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. — 2024. — Vol. 18. — No. 1. — P. 13. — DOI: 10.1186/s13034-023-00701-z.
9. Sachs M., Madaan V. *Electroconvulsive Therapy in Children and Adolescents: Brief Overview and Ethical Issues*. — 2012. — Доступно по адресу: https://staff.aacap.org/App_Themes/AACAP/docs/member_resources/ethics/in_workplace/Sachs_Madaan_Electroconvulsive_Therapy_in_children_and_adolescents.pdf Доступ проверен 07.11.2024 г.
10. Sathappan A., Yudkoff B. *Empowering understanding: navigating consent to ketamine treatment in adolescent mental health* // *Front Psychiatry*. — 2024. — Vol. 15. — P. 143348. — DOI: 10.3389/fpsyg.2024.143348.
11. Schukking N., Scheepstra K. W., Bergfeld I. O. et al. *A Multicenter Retrospective Chart Review on the Effectiveness and Tolerability of Electroconvulsive Therapy in Adolescents and Young Adults With Major Depressive Disorder or Bipolar Depression* // *J ECT*. — 2024. — Vol. 40. — No. 3. — P. 145–153. — DOI: 10.1097/YCT.0000000000000978.
12. Shoirah H., Hamoda H. M. *Electroconvulsive therapy in children and adolescents* // *Expert Rev Neurother*. — 2011. — Vol. 11. — No. 1. — P. 127–137. — DOI: 10.1586/ern.10.178.
13. Shorter E., Healy D. *Shock therapy: a history of electroconvulsive treatment in mental illness*. — Rutgers University Press. — 2013. — 398 P. — ISBN: 978-0813554259.
14. Singh A., Singh V. *Electroconvulsive Therapy for Pediatric Population* // *Curr Behav Neurosci Rep*. — 2024. — Vol. 11. — No. 1. — P. 14–22.
15. Wang X., Ren H., Zhang Z. et al. *The efficacy of electroconvulsive therapy in adolescent major depressive disorder with suicidal ideation: A propensity score-matched, retrospective cohort study* // *Asian J Psychiatry*. — 2024. — Vol. 95. — P. 103998. — DOI: 10.1016/j.ajp.2024.103998.

Виндорф С. А.^{1,2}, Куркова Е. С.^{2,3}

САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ НАРКОПОТРЕБИТЕЛЕЙ

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ¹;
СПбГБУЗ «Городская наркологическая больница»²;
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева»³, Санкт-Петербург

Аннотация. В статье представлены результаты изучения самоповреждающего поведения у несовершеннолетних наркопотребителей, состоящих под наблюдением врача психиатра-нарколога.

Ключевые слова: аддиктивное поведение, несовершеннолетние наркопотребители, самоповреждающее поведение

Vindorf S. A.^{1,2}, Kurkova E. S.^{2,3}

SELF-HARMING BEHAVIOR IN UNDERAGE DRUG USERS

St Petersburg State Pediatric Medical University¹

City Narcological Hospital Russian²

V. M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology³

St. Petersburg, Russia

Abstract. The article presents the results of a study of self-injury in underage drug users under the supervision of a psychiatrist-narcologist.

Keywords: addictive behavior, underage drug users, self-harming behavior.

Введение. Самоповреждение, как разновидность аутоагрессии, является широко распространенной поведенческой проблемой [4]. Исследователями отмечается увеличение числа самоповреждений в последние годы [3, 6, 7, 12 и др.].

Несуицидальное самоповреждающее поведение (НССП) определяется как намеренное и целенаправленное нанесение вреда собственному телу без суицидальных идей и действий, чаще всего в виде порезов, ударов по телу, расчесывания кожи, прижигания раскаленными предметами [6].

Несуицидальное самоповреждающее поведение (НССП) у подростков в настоящее время – распространенная проблема как в Российской Федерации, так и во всем мире [3, 6-8, 12 и др.].

Подростки, переживающие психологический кризис, связанный с трудностями взросления и взаимодействия с окружающими, чаще всего не имеют конструктивных путей выхода из сложных жизненных обстоятельств и ситуаций. В связи с этим подростковый возраст является одним из наиболее критических и кризисных периодов для СПП в силу происходящих интенсивных

психологических и физиологических перемен, что зачастую вызывает необратимые последствия, которые негативно влияют и на психологическое благополучие, и на физическое здоровье подростков [1-3, 8, 9 и др.].

Формы самоповреждающего поведения (СПП) у подростков включают такие виды поведения как самопорезы, умышленно наносимые ожоги, царипины и удары [4]. Повреждения кожи, как правило, представляют собой ряд поверхностных параллельных порезов, примерно на расстоянии 1-2 см друг от друга, нанесенных на видимой или доступной видимости области тела (фронтальная область бедра, боковая область руки) [11].

Среди химических видов СПП особую роль отводят употреблению психоактивных веществ, рассматривая его одновременно и как вид самоповреждения, и как фактор, усиливающий СПП [2].

Следует отметить, что масштабных исследований самоповреждений как в нашей стране, так и за рубежом очень мало, несмотря на то что, по данным Hawton et al., наблюдается рост СПП [5, 6, 10 и др.]. Акцент в изучении данного клинического феномена следует делать на внутренних закономерностях расстройства, включая половые и возрастные различия [11].

Материалы и методы. Исследовано 120 несовершеннолетних в возрасте 13 – 17 лет, 62 женского пола и 58 мужского пола, с диагнозом по МКБ-10: F.11.x- F.19.x., состоящих под наблюдением в СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница».

Математический анализ выполнен с помощью статистического программного обеспечения SPSS 27.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ результатов исследования самоповреждающего поведения несовершеннолетних наркотических, состоящих под диспансерным наблюдением с диагнозами F11–F19, показывает, что 59% несовершеннолетних отрицают НССП, 16% имели опыт самоповреждающего поведения, однако в течение последнего года не наносили себе порезы, имели рубцы. 24,4% подростков наносили себе порезы в течение текущего года, имели свежие следы от самопорезов, преимущественно на руках и ногах.

По данным современных исследований, в настоящее время средний процент подростков, прибегавших к самоповреждению, составляет 10-13% и имеет тенденцию к увеличению [6-8 и др.]. Частота встречаемости НССП у несовершеннолетних наркотических, по данным нашего исследования, около 40%, что значительно выше, чем в среднем у подростков.

На диаграмме (рис. 1) представлены результаты распределения по полу встречаемости СПП. Девушки, злоупотребляющие наркотическими веществами, чаще демонстрируют самоповреждающее поведение, чем наркотизирующиеся юноши, что в целом совпадает с тенденциями в подростковой популяции.

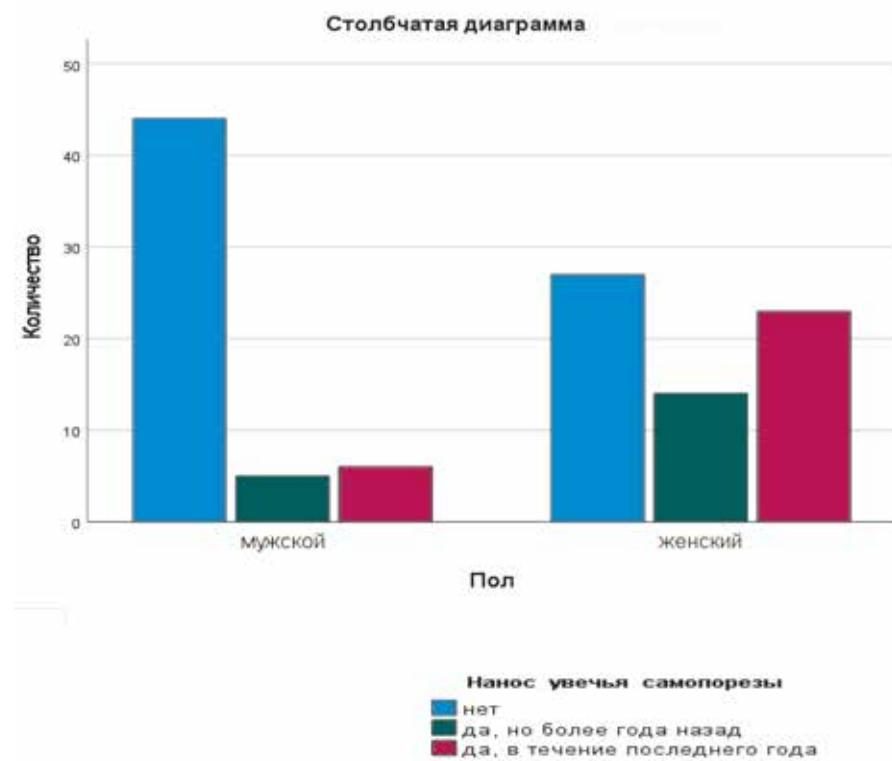


Рис. 1. Распределение по полу частоты встречаемости СПП

В таблице 1 представлена частота встречаемости СПП у несовершеннолетних в зависимости от возраста. Подростки младшей возрастной группы, начиная наркотизироваться, демонстрируют самоповреждающее поведение. По мере взросления частота «сэлф-харма» снижается.

Таблица 1
Встречаемость СПП у несовершеннолетних наркотических

	Нет (%)	Да, но более года назад (%)	В течение текущего года (%)
13-15 лет	70	3,4	30
16-17 лет	60	20	20

Заключение. Таким образом, СПП чаще встречается у подростков, злоупотребляющих наркотическими веществами, чем в среднем в подростковом возрасте. Возраст первых проб наркотических веществ у большинства несовершеннолетних, согласно нашему исследованию [1], меньше 16 лет. Это может свидетельствовать о том, что начало наркопотребления способствует СПП, усиливая его. С другой стороны, само самоовреждающее поведение может быть предиктором аддиктивного поведения.

В связи с этим при наличии у несовершеннолетних СПП обязательно надо выяснить анамнез потребления наркотических средств и психотропных веществ и, в случае его наличия, направлять на консультацию к врачу психиатру-наркологу, с целью предупреждения формирования наркопатологии.

Список литературы

1. Виндорф С.А., Ипатова К.А., Куркова Е.С. Социально-психологические характеристики несовершеннолетних наркопотребителей на примере лиц, находящихся под диспансерным наблюдением врача психиатра-нарколога /В сборнике: XXI Мнухинские чтения. Сборник материалов конференции (статьи и тезисы). – СПб, 2024 – С. 69-75
2. Гречаный, С.В. Поведенческие расстройства у подростков как основа употребления психоактивных веществ с вредными последствиями / Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2015. – Т. 15, № 3-4. – С. 27-37
3. Григорьева А.А., Булыгина В.Г., Афонина Ю.С. Взаимосвязь самоповреждающего поведения и употребления психоактивных веществ подростками (обзор литературы). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2018; 4 (101): 98–104. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-4\(101\)-98-104](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-4(101)-98-104)
4. Давидовский С.В., Игумнов С.А. Современные концепции и особенности проявления самоповреждающего поведения. Суицидология. 2020; 11 (3): 33-43. [doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03\(40\)-33-43](https://doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-33-43)
5. Дарьин Е. В. Несуицидальное самоповреждающее поведение у подростков. Медицинский вестник Юга России. 2019;10(4):6-14. <https://doi.org/10.21886/2219-8075-2019-10-4-6-14>
6. Дарьин Е. В. Зайцева О. Г. Эпидемиология несуицидального самоповреждающего поведения (несистематический повествовательный обзор). Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2023; 57:2:8-19. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-694>
7. Польская Н. А. Факторы риска и направления профилактики самоповреждающего поведения подростков [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 2. С. 1–20. doi: 10.17759/psyclin.2018070201
8. Снегирева Т.В., Воликова С.В. Нарушения привязанности у подростков с несуицидальным самоповреждающим поведением [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2020. Том 9. № 4. С. 66–76. DOI: <https://doi.org/10.17759/jmfp.2020090406>

9. Фесенко Ю.А., Холмогорова А.Б. Случаи суицидов среди подростков как социальная проблема: по следам V всероссийского форума «Наши дети здоровье детей и факторы, его формирующие» // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25. № 2. С. 188–193. doi:10.17759/cpp.2017250212
10. 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.20162403009
11. Хуторянская Ю.В., Поздняк В.В., Гречаный С.В. Несуицидное самоповреждающее поведение у подростков. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2022;122(12):105-110. <https://doi.org/10.17116/jneuro2022122121105>
12. Hawton K., Saunders K., O'Connor R. C. Self-harm and suicide in adolescents. // Lancet. - 2012. - V.379(9834). - P. 2373-2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)

ЦИФРОВОЕ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ: НОВЫЙ ВИД ПОДРОСТКОВОЙ АУТОДЕСТРУКЦИИ

Федеральный научный центр психологических и междисциплинарных исследований,
Москва

Аннотация. Проведен теоретический обзор зарубежных и отечественных исследований с целью определения феномена цифрового самоповреждения как формы аутодеструктивного онлайн-поведения и систематизации данных о его связности с другими формами деструктивного поведения у подростков. Было исследовано более 800 публикаций, 29 из которых были включены в анализ.

Ключевые слова: цифровое самоповреждение, цифровой селфхарм, подростки

Volkova E., Orlova A.

DIGITAL SELF-HARM: A NEW FORM OF AUTODESTRUCTIVE BEHAVIOUR AMONG ADOLESCENTS

Federal Scientific Center for Psychological and Interdisciplinary Research,
Moscow, Russia

Abstract. A theoretical review of researches was conducted to identify the phenomenon of digital self-harm as a form of autodestructive online behavior and to systematize data on its association with other forms of destructive behavior in adolescents. More than 800 publications were investigated, 29 were included in the analysis.

Keywords: digital self-harm, adolescents.

Введение. В последнее десятилетие в подростковой среде все большие обороты набирает форма поведения в интернет-пространстве, обозначающаяся как «цифровое самоповреждение» (ЦСП) – нанесение себе вреда посредством цифровых платформ, которое может проявляться в виде умышленного размещения контента о самом себе, очерняющего честь и репутацию, а также материалов, содержащих информацию о реальном самоповреждении [14].

Впервые распространенность ЦСП исследовала Englander E. в 2012 году, установив, что 9% студентов колледжей США анонимно размещали жестокие замечания о себе и практиковали самокибербуллинг [10]. Последующие эмпирические исследования показали, что за прошедшее десятилетие случаи ЦСП среди подростков по частоте выросли в несколько раз: в 2012 году 8-13% старших подростков сообщали о подобном поведении [10], к 2020 году уже 15,1% подростков отмечали, что практиковали ЦСП хотя бы однажды [11].

Целью исследования являлись анализ и обобщение информации, представленной в отечественных и зарубежных публикациях, о феномене ЦСП

в контекстах его принадлежности к когорте аутодеструктивных видов онлайн-поведения, а также отличия от других деструкций у подростков, появление которых связано с популяризацией цифровых способов общения. Было проанализировано более 800 отечественных и зарубежных работ из баз данных «PubMed» и «eLIBRARY» в период с ноября 2024 по январь 2025 года, посвященных ЦСП или схожим феноменам. Теоретический обзор публикаций проводился с учетом рекомендаций PRIZMA. Для итогового анализа было отобрано 29 публикаций.

Определение, формы и причины ЦСП.

Ряд отечественных авторов описывает в своих работах феномены, отражающие суть ЦСП, но не конкретизируют термин как самостоятельный [5, 7, 4]. Условно синонимичными ЦСП можно обозначить следующие термины: самокибербуллинг, фиктивная онлайн-виктимизация, самотроллинг [3], вербальная онлайн-аутоагgression [4], стресс-постинг [5]. При этом в последнем случае к ЦСП можно отнести только акты преднамеренного обнародования результатов самоповреждений или негативной информации о себе.

Существуют две основные формы ЦСП. Первая обозначается как «фиктивная онлайн-виктимизация» и подразумевает ложные негативные высказывания в свой адрес, размещенные пользователем в Интернете с личного или ненастоящего аккаунта [10, 13]. Причины фиктивной виктимизации в Интернете включают стремление привлечь внимание к своим переживаниям, желание вызвать беспокойство за себя [10]. Кроме того, подростки могут искать сочувствие или защиту со стороны друзей, которые служат для них маркерами подтверждения их значимости и дружбы или демонстрацией собственной способности справляться с враждебностью и негативными событиями [13].

Ко второй группе относятся оскорбительные сообщения пользователей в сети о себе, часто связанные с информацией о физическом самоповреждении, или действия по организации самокибербуллинга [14]. Публикация результатов самоповреждений мотивирована потребностями в привлечении внимания и привязанности [7]. Однако такое поведение также отражает негативное отношение к себе, служит способом регулирования эмоции и облегчения переживаний, может быть формой самонаказания, а иногда способом развлечь сверстников или провокацией для конфликта вне Интернета [3, 14].

С помощью публикации фотографий СП подростки также чувствуют свою принадлежность к значимой группе [7]. Стремление повысить популярность в веб-сообществе может сподвигнуть на публикацию фотографий или записей, подрывающих репутацию. Материалы с демонстрацией результатов самоповреждений вызывают ажиотаж у пользователей, что провоцирует сохранение аутодеструктивного паттерна поведения [7].

Необходимо также учитывать индивидуальное отношение подростка к самоповреждению и презентацию этого феномена в социальных сетях и медиа. У исследователей нет единого мнения о степени влияния Интернета на распространение самоповреждающего поведения [6]. Справедливо утверждение, что подростки часто могут демонстрировать нереалистичное романтизированное отношение к смерти, суицидальному и самоповреждающему поведению. Социальные сети, блогеры и СМИ подогревают интерес к самоповреждающему поведению, поощряют его «нормальность», гlamуризируют и предлагают его как способ эмоциональной регуляции, возможность стать отличным от «обычного и скучного» окружения [6].

Имеются данные, свидетельствующие о том, что среди подростков 12-17 лет, практикующих самоповреждение, 87% ранее сталкивались с соответствующими изображениями других людей, впервые увидев их примерно в возрасте 11 лет [6]. В некоторых зарубежных исследованиях выявлено, что изображения самоповреждений могут становиться триггером [9].

Тем не менее в ряду исследований было установлено, что простое наблюдение за случаями самоповреждения в социальных сетях не всегда приводит к увеличению частоты таких действий у подростков, хотя публичное раскрытие собственных эпизодов самоповреждения может повышать риск суицидальных поступков [7].

ЦСП и его положение среди других онлайн-аутодеструкций.

Упоминания ЦСП в отечественном психологическом поле сравнительно менее частотны, чем в зарубежном. Часть исследователей описывают виды аутодеструктивного поведения, включая цифровые формы и определяя ЦСП как отдельный вид онлайн-аутодеструкции [6] или даже отделяя его в самостоятельную категорию деструктивного подросткового поведения в общем контексте [2]. Другие авторы определяют ЦСП как часть более масштабной группы аутодеструктивного онлайн-поведения [8, 1].

ЦСП и публикация результатов расстройств пищевого поведения могут рассматриваться совместно [16]. Но трактовка термина в таком случае изменяется: в понятие ЦСП включается не только создание аутодеструктивного контента, но и его потребление. Soengkoeng и Moustafa в своей работе рассмотрели сложившийся конфликт терминов и предложили брать за определение ЦСП то, что было сформулировано Patchin и Hinduja [14].

Иногда ЦСП причисляется к угрожающему поведению в Сети. Однако, исходя из критерии определения, ЦСП ошибочно трактуют как киберугрожающий акт, поскольку оно не содержит призывов к суициду или самоповреждениям для наблюдающих [5].

Существует неоднозначная позиция, согласно которой некоторые виды киберрискованного поведения можно рассматривать как ЦСП, в случае если

пользователи создают шокирующий контент о себе и публикуют его для широкой аудитории, что может восприниматься как акт самоуничтожения [1]. Однако не всегда такие действия соответствуют критериям ЦСП, так как их намеренность и аутодеструктивность не очевидны, или же целью размещения материала может являться коммерческий заработок.

Связь ЦСП с другими видами деструктивного поведения у подростков.

В зарубежных исследованиях установлены корреляции между ЦСП и физическим самоповреждением [14], тревожностью, кибервиктимизацией [14, 11], кибербуллингом и школьным буллингом [14, 11, 3]. Негативные мысли являются буферным этапом между последствиями буллинга и ЦСП [12].

Вероятно, что ЦСП является несуицидальной формой поведения [3]. Однако выявлены общие корреляты ЦСП с суициальными мыслями, поведением и попытками [15], депрессивными симптомами и физическим самоповреждением, таким как недостаток сна [17].

Выводы. ЦСП определено является формой аутодеструктивного онлайн-поведения и тесно связан с другими его видами. Но характер этой связи пока не ясен в достаточной мере и может быть уточнен только эмпирически.

Характеризуя отечественное исследовательское поле, пока можно говорить об очень малом количестве исследовательских работ, посвященных тематике, по сравнению с ее представленностью в зарубежных публикациях. Однако можно отметить тенденцию к формированию терминологии ЦСП в отечественных публикациях, которая началась с середины прошлого десятилетия – часть авторов довольно точно описывают суть явления ЦСП, пусть и без определения его в отдельный вид аутодеструктивного онлайн-поведения.

Несмотря на то, что некоторые формы онлайн-деструктивного поведения имеют общие черты с рассматриваемым феноменом, на текущем этапе исследования темы невозможно однозначно утверждать, относятся ли они к категории ЦСП. Причины подобных действий могут быть схожи с основными мотивами ЦСП, но не соответствовать основным критериям явления, таким как умышленная направленность травматичного воздействия на самого себя и отсутствие призыва к самоповреждению или суицидальным действиям для других пользователей.

Дальнейшие исследования, нацеленные на выявление распространенности феномена в подростковой группе, понимание причин и мотивов ЦСП и его взаимосвязи с другими онлайн-деструкциями помогут создать эффективные программы превенции и снижения коммуникативных рисков для данной возрастной группы в веб-пространстве.

Список литературы

1. Богданович Н.В., Делибагалт В.В. Оценка девиантного онлайн-поведения: возможности и перспективы // Психология деструктивного поведения: Факторы риска и профилактика: Материалы всероссийской научно-практической конференции, Ярославль, 19 мая 2023 года / Под научной редакцией И.Ю. Тархановой. Ярославль: Ярославский государственный педагогический университет им. К.Д. Ушинского, 2023. С. 36-42.
2. Голополосов Е.Ю. Аутодеструктивный контент в социальных сетях // Психологически безопасная образовательная среда: проблемы проектирования и перспективы развития: Сборник материалов IV Международной научно-практической конференции, Тула, 12 октября 2022 года / МИНИСТЕРСТВО РОССИИ, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тульский государственный педагогический университет им. Л.Н. Толстого», Белорусский государственный педагогический университет им. М. Танка, Гродненский государственный университет им. Янки Купалы, Гродненский областной институт развития образования, Барановичский государственный университет. Чебоксары: Общество с ограниченной ответственностью «Издательский дом «Среда», 2022. С. 365-367.
3. Макарова Е.А. Самоповреждающее поведение детей и подростков в сети Интернет // Вестник Таганрогского института управления и экономики. 2023. № 1(37). С. 49-55.
4. Маркина Л.В., Буданова М.А. Речевая аутоагgression в интернет-коммуникации и ее гендерные особенности // Вестник МГПУ. Серия «Филология. Теория языка. Языковое образование». 2024. №3(55). С. 95–109.
5. Польская Н.А., Якубовская Д.К. Влияние социальных сетей на самоповреждающее поведение у подростков // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 3. С. 156-174.
6. 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.
7. Харькина Т.В., Бабиева Н. С. Саногенный и патогенный эффект использования социальных сетей у подростков с аутоагрессивным поведением // Актуальные проблемы клинической психологии и практика их решения: Материалы Всероссийской научно-практической конференции, Ростов-на-Дону, 23–24 ноября 2023 года. Москва: Общество с ограниченной ответственностью «Кредо», 2023. С. 281-286.
8. Хентонен А.Г. Профилактика деструктивного поведения школьников в условиях цифровой среды // Цифровизация в системе образования: передовой опыт и практика внедрения: IV ежегодная Всероссийская научно-практическая конференция, Краснодар, 15 декабря 2023 года. Краснодар: Индивидуальный предприниматель Кабанов Виктор Болеславович (Издательство «Новация»), 2024. С. 109-113.
9. Dekel D., Marchant A., Smith T., Morgan H., Tombs S., Khanom A., Ingham K., John A. #BeSeen: understanding young people's views of the motivation and impacts of sharing self-harm imagery online and use of their social media data for research-a UK participatory arts-led qualitative study // BMJ Open. 2024. V. 14. №7: e076981.
10. Englander E. Digital Self-Harm: Frequency, Type, Motivations, and Outcomes // In MARC Research Reports. 2012. Paper 5.
11. Erreygers S., Symons M., Vandebosch H., Pabian S. Fictitious online victimization: Exploration and creation of a measurement instrument. New Media & Society. 2020. V. 24. №1. P. 156-177.
12. Meldrum R. C., Patchin J. W., Young J. T. N., Hinduja S. Bullying Victimization, Negative Emotions, and Digital Self-Harm: Testing a Theoretical Model of Indirect Effects // Deviant Behavior. 2020. V. 43. №3. P. 303–321.
13. Pacheco E., Melhuish N., Fiske J. Digital Self-Harm: Prevalence, Motivations and Outcomes for Teens Who Cyberbully Themselves. 2019.
14. Patchin J. W., Hinduja S., Digital Self-Harm Among Adolescents // Journal of Adolescent Health. 2017. V. 61. №6. P. 761-766.
15. Patchin J. W., Hinduja S., Meldrum R. C., Digital self-harm and suicidality among adolescents // Child and adolescent mental health. 2022. V. 28. №1. P. 52-59.
16. Pater J., Mynatt E. Defining digital self-harm. In Proceedings of the 2017 ACM Conference on Computer Supported Cooperative Work and Social Computing. 2017. P. 1501-1513.
17. Semenza D. C., Meldrum R. C., Testa A., Jackson D. B. Sleep duration, depressive symptoms, and digital self-harm among adolescents // Child and adolescent mental health. 2021. V. 27. №2. P. 103-110.
18. Soengkoeng R., Moustafa A. A. Digital self-harm: an examination of the current literature with recommendations for future research // Discover Psychology. 2022. V. 2. №1. P. 19.

Волчкова Т.Ф., Положенцева Н.В., Дейч Р.В.

ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва

Аннотация: авторы описывают особенности организации помощи детям и подросткам с суицидальным поведением и несуицидальным самоповреждающим поведением в г. Москве на основе межведомственного подхода и преемственности между основными этапами лечебно-реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: детский и подростковый возраст, суицидальное поведение, организация помощи, преемственность.

Volchкова Т.Ф., Polozhentseva N. V., Deitch R. V.

CONTINUITY IN HELPING CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH SUICIDAL BEHAVIOR

GBUZ "Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents n.a. G. E. Sukhareva of the Moscow Department of Health", Russia

Abstract. the authors describe the features of organizing assistance to children and adolescents with suicidal behavior and non-suicidal self-harming behavior in Moscow based on an interdepartmental approach and continuity between the main stages of treatment and rehabilitation measures.

Keywords: childhood and adolescence, suicidal behavior, organization of assistance, continuity.

Проблема суицидов среди детей и подростков уже многие годы не утрачивает своей актуальности, а современные реалии перегруженного информацией мира, мало способствуют улучшению ситуации. Специалисты разных областей, работающие с детьми и подростками, сталкиваются с увеличением случаев выявления суицидальных тенденций и несуицидального самоповреждающего поведения.

В Москве, как и в других субъектах Российской Федерации, существуют программы, направленные на профилактику суицидального поведения. Одной из таких программ является создание на базе Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой Департамента Здравоохранения Москвы (НПЦ ПЗДП). 25 Клиники кризисной помощи (ККП).

Данная структура объединяет в себе различные подразделения, общей целью которых является оказание квалифицированной полипрофессиональной помощи детям и подросткам, оказавшимся в кризисной ситуации

на любом этапе выявления случая. Благодаря принципам преемственности и межведомственного взаимодействия помощь начинается с момента выявления ребенка, подозрительного в плане депрессивного состояния, активно сообщающего о своем плохом самочувствии или же имеющего признаки самоповреждений или суицидальных действий. Прежде всего, медицинские, социальные или педагогические работники оповещают законных представителей ребенка, разъясняют необходимость оказания ему помощи и способы ее получения. Семья может обратиться в Городской психолого-педагогический центр (ГППЦ), в Кабинет кризисной помощи НПЦ ПЗДП или получить консультацию врача-психиатра Выездной бригады НПЦ ПЗДП для первичной диагностики и оценки состояния подростка. По результатам такой диагностики даются рекомендации, происходит маршрутизация пациента и, при необходимости, включение его в Программу наблюдения. При отсутствии активных суицидальных мыслей и подозрений на психическое расстройство подросток может продолжить наблюдение в условиях ГППЦ. При наличии признаков психического расстройства, с учетом тяжести состояния, помощь оказывается психиатрической службой г. Москвы в амбулаторных (участковый врач или врач отдела постгоспитального сопровождения), полустационарных (дневной стационар) или стационарных условиях (общепсихиатрические отделения или отделение Кризисной помощи). Регулярное наблюдение пациента позволяет своевременно принимать решение об изменении формы оказания медицинской помощи. Направление в дневной стационар из амбулаторного звена нередко позволяет избежать стационаризации. Поступление в дневной стационар после стационарного лечения способствует уменьшению продолжительности госпитализации и профилактике явлений госпитализма, облегчает процесс «перехода» к повседневному функционированию. Адекватное распределение пациентов в стационарных подразделениях позволяет снизить страх пациентов и родителей перед поступлением в психиатрический стационар, предупредить стигматизацию и улучшить результаты проводимой работы. Амбулаторное наблюдение в условиях отдела постгоспитального сопровождения позволяет пациенту и его близким взаимодействовать с врачом в режиме 24/7 благодаря каналу защищенной связи, установленному на телефон каждого врача. Особенностью данного подразделения является и тот факт, что один врач-психиатр сопровождает семью на всем протяжении наблюдения с момента включения в Программу наблюдения до момента выхода из нее. Это позволяет своевременно оказать помощь подростку в случае ухудшения его состояния.

На каждом этапе помощь оказывается полипрофессиональной бригадой специалистов с включением в лечебно-реабилитационный процесс, помимо психофармакотерапии, психологической индивидуальной и семейной

диагностики и коррекции, социальных воздействий, немедикаментозных подходов, реабилитационных и досуговых мероприятий. Для этого привлекаются как сотрудники НПЦ ПЗДП, так и специалисты ГППЦ, департамента труда и социальной защиты населения, волонтерские организации. Немаловажную роль играет наличие бесплатных круглосуточных телефонов доверия. Возможность постоянной преемственности обеспечивает и единая система хранения медицинской информации – ЕМИАС.

В полном объеме данная программа функционирует с 2023 г. Результатом организации лечебно-реабилитационной работы с учетом вышеизложенных принципов является увеличение охвата лиц с суицидальным поведением и несуицидальными самоповреждениями, преимущественно вследствие их раннего выявления (независимо от наличия психического расстройства), а также повышение доступности специализированных видов помощи. В перспективе мы ожидаем улучшение наиболее значимых статистических показателей, получаемых при анализе контингента детей и подростков с анти-вitalными тенденциями.

Воронина О.И., Вяхирева В.М., Дьяченко Е.В., Ерышова Н.В.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ПРИЗНАКИ, ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина, Санкт-Петербург

Аннотация. В статье рассмотрена проблема суицидального поведения детей и подростков. Описываются признаки суицидального поведения несовершеннолетних. Представлены причины и способы профилактика суицидального поведения детей и подростков.

Ключевые слова. Суицидальное поведение несовершеннолетних, признаки, причины профилактика.

Voronina O.I., Vyakhireva V.M., Dychenko E.V., Eryshova N.V.

SUICIDAL BEHAVIOR IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: SIGNS, CAUSES AND PREVENTION

St Petersburg State Budgetary Institution of Healthcare “Center for Rehabilitation Treatment “Child Psychiatry” n.a. S. S. Mnukhin”, St Petersburg, Russia

Abstract. The article examines suicidal behavior in children and adolescents. It describes the signs of suicidal behavior in minors. It presents the causes and methods of preventing suicidal behavior in children and adolescents.

Keywords. Suicidal behavior of minors, signs, causes, prevention.

Введение. В настоящее время, в период динамически меняющейся социальной обстановки, суицидальное поведение среди детей и подростков представляет собой актуальную и серьезную проблему, требующую внимания общества, специалистов в области психического здоровья и родителей. Суицид, как преднамеренное лишение себя жизни, может принимать различные формы, включая истинные и демонстративные попытки [1, 2].

В данной статье мы рассмотрим основные аспекты суицидального поведения, его признаки, причины, а также рекомендации по профилактике и помощи детям и подросткам, находящимся в кризисных ситуациях.

Определение суицидального поведения.

Суицидальное поведение можно определить как аутоагрессивные действия, направленные на лишение себя жизни в ответ на «невыносимые» жизненные обстоятельства. Общая цель всех суицидов, как правило – поиск решения, которое уходит корнями в глубокие эмоциональные или психологические проблемы. Суицид может быть разделен на два типа:

1. «Истинный суицид» – это обдуманное, тщательно спланированное намерение человека покончить с собой без желания вызвать у окружающих какие-либо чувства.

2. «Демонстративный суицид» – это отчаянный метод привлечения внимания, который может включать в себя угрозы или попытки суицида, не имеющие реального намерения завершить жизнь. Это попытки, совершаемые на высоте аффекта, который может длиться всего несколько минут, но иногда может растягиваться на часы и сутки.

Суицидальное поведение может также проявляться в форме саморазрушающего поведения, которое не всегда осознается субъектом. Оно может включать в себя токсикоманию, наркоманию, алкоголизм, бродяжничество, отказ от медицинской помощи и самоповреждения. Это не прямое желание умереть, а попытка справиться с тревогой, злостью, обидой, «выплеснуть негативные эмоции», заглушить эмоциональную боль.

Суицидальное поведение детей и подростков может иметь неожиданный, импульсивный характер, а может развиваться постепенно.

Рассмотрим признаки суицидального поведения.

Внешние признаки. Суицидальное поведение у детей и подростков может проявляться через различные внешние признаки, включая:

- «Физические повреждения»: порезы на коже, ожоги, синяки, вырывание волос и ногтей;

- «Неухоженный внешний вид»: нарочито вызывающий стиль одежды, явное несоответствие полу;

- «Эмоциональные проявления»: отсутствие контакта глаз, эмоциональная подавленность, избыточное количество татуировок и пирсинга;

- «Изменения в поведении»: резкое изменение стиля общения, замкнутость или, наоборот, чрезмерная общительность.

Существуют следующие внешние признаки суицидальной попытки:

- наличие сильных эмоциональных переживаний;
- нарушение сна, аппетита;
- потеря интереса к окружающему;
- подготовка предметов, способных быть орудием суицида;
- приведение в порядок своих записей, вещей;
- дарение окружающим своих любимых вещей, предметов;
- внезапное проявление интереса к «теме смерти».

Поведенческие признаки. К поведенческим признакам относятся следующие:

- уход в себя, замкнутость и обособление;
- сильные колебания настроения, депрессия, агрессивность;

- изменения аппетита и сна, что может указывать на психологическую травму;

- саморазрушающее и рискованное поведение («зацеперы», «руферы» и др.)

Вербальные признаки. Вербальные признаки суицидального поведения могут включать в себя заявления, такие как:

- «Я ненавижу жизнь»;

- «Я покончу с собой»;

- «Никому я не нужен» и т.д.

Любые высказывания, указывающие на стремление уйти из жизни, должны восприниматься всерьез.

Причины суицидального поведения.

Среди причин, способствующих суицидальному поведению у детей и подростков, можно выделить:

- «Несформированное понимание смерти»: многие дети не осознают реальность смерти и считают, что всё можно будет вернуть;

- «Депрессивные состояния»: депрессия является одной из ведущих причин суицидального поведения;

- «Дисгармония в семье»: отсутствие взаимопонимания между детьми и родителями может привести к кризисным ситуациям;

- «Саморазрушающее поведение»: употребление алкоголя и наркотиков может стать катализатором суицидальных действий;

- «Реакция протеста»: нарушения взаимоотношений со сверстниками или взрослыми могут вызвать желание уйти из жизни.

Наиболее часто причины суицидального поведения наблюдаются среди несовершеннолетних (подростков), находящихся в группе риска по суицидальным действиям [3].

К группе риска по суицидальным действиям относятся несовершеннолетние:

- из семей с историей суицидов;

- из социально неблагополучных семей;

- с хроническими заболеваниями или тяжелыми утратами;

- страдающие от затяжной депрессии или фрустрации;

- с нарушенными межличностными отношениями;

- злоупотребляющие алкоголем или наркотиками, с девиантным поведением.

Рассмотрим факторы риска и провоцирующие факторы, приводящие к суицидальному поведению.

К факторам риска относятся:

- социально-демографические: низкий уровень культурной и социальной жизни, социальная изоляция, переезд.

- клинические: депрессивные, тревожные симптомы, злоупотребление ПАВ (часто как средство самолечения), хронические соматические заболевания (особенно с ограничением повседневного функционирования и хроническим болевым синдромом);

- психологические: тенденции к агрессии, враждебности или импульсивности, безнадежность, переживание себя как бремени для семьи, низкая самооценка, перфекционизм, отсутствие религиозных или моральных ограничений против СП, размытость половой самоидентификации.

К факторам, провоцирующим суицидальное поведение, относятся:

- история физического или сексуального насилия в детстве (возможно, скрываемая!);
- потеря (смерть, развод) родителей до 11 лет;
- недавняя утрата значимого близкого;
- неразделенная любовь или расставание с любимым (любимой);
- неспособность справиться с трудностями учебной программы;
- несоответствие родительским ожиданиям;
- постоянные эмоционально изматывающие конфликты в семье/со значимым окружением;
- трудная жизненная ситуация (приемные дети, дети из интернатов).

Для препятствия осуществлению суицидальных намерений существуют антисуицидальные факторы личности. Это сформированные положительные жизненные установки, душевная позиция, комплекс личностных факторов. К антисуицидальным факторам личности относятся:

- сформированное чувство долга, ответственности;
- эмоциональная привязанность к родным и близким людям;
- внимание к собственному здоровью, боязнь причинить себе физический ущерб;
- психологическая гибкость и адаптированность;
- умение снимать свою психологическую напряженность;
- проявление интереса к жизни;
- наличие жизненных планов, замыслов;
- наличие актуальных жизненных ценностей;
- уровень религиозности и боязнь греха самоубийства;
- негативная проекция своего внешнего вида после самоубийства.

Следует помнить, что прочность антисуицидального барьера напрямую зависит от наличия жизнеутверждающих факторов, являющихся «психологической защитой», которой должен обладать несовершеннолетний.

Профилактика суицидального поведения.

Для снижения количества случаев суицидального поведения, а также причин суицидных попыток среди несовершеннолетних необходимо проведение

эффективной профилактической работы с ними родителями, представителями школ, социальных служб, а также работников профильных медицинских организаций [4, 5].

Для предотвращения суицидального поведения необходимо:

1. «Общение»: взрослые должны активно интересоваться делами ребенка, задавая вопросы о его состоянии.
2. «Слушание»: важно внимательно выслушивать подростков и стараться понять скрытые проблемы.

3. «Открытость»: не стоит избегать разговоров о смерти и суициде. Открытый диалог может стать источником облегчения для подростка.

4. «Поддержка»: взрослые должны быть стабильными и надежными фигурами в жизни детей, предоставляя им эмоциональную поддержку.

Заключение. Суицидальное поведение детей и подростков – это сложная проблема, требующая комплексного подхода со стороны общества, родителей, представителей школ, социальных служб, а также работников профильных медицинских организаций. Понимание признаков и причин суицидального поведения, а также активное участие в профилактике могут помочь спасти жизни. Важно помнить, что каждый случай требует индивидуального подхода и внимательного отношения к эмоциональному состоянию ребенка.

Список литературы

1. Вроно Е. М. *Предотвращение самоубийства подростков.* – М.: Академический проект, 2001. – 40 с.
2. Старшенбаум Г. В. *Суицидология и кризисная психотерапия.* – М.: Когито-Центр, 2005. – 376 с.
3. Игумнов С. А. *Психотерапия детей и подростков: психоанализ в детском возрасте, суицидальное поведение подростков, семейное консультирование, комплексная реабилитация.* – Ростов н/Д.: Феникс, 2005. – 288 с.
4. Ромек В. Г., Конторович В. А., Крукович Е. И. *Психологическая помощь в кризисных ситуациях.* – СПб.: Речь, 2007. – 256 с.
5. Вассерман Д. М. *Напрасная смерть: причина и профилактика самоубийств.* – М.: Смысл, 2005. – 310 с.

Ганузин В.М.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ МЫСЛЯМИ И ПОПЫТКАМИ САМОУБИЙСТВА СРЕДИ ДЕТЕЙ

Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярославль

Аннотация. Самоубийство современных детей и подростков является глобальным кризисом общественного здравоохранения в различных странах мира. Исследований, касающихся взаимосвязи между попытками самоубийства и психотравмирующими факторами образовательной среды, не многочисленны. Авторы статьи дают обзор литературы по исследованию таких связей.

Ключевые слова: жестокое обращение, буллинг, виктимизация, суицидальное поведение, дети.

Ganuzin V.M.

RELATIONSHIP OF PSYCHOTRAUMATIC FACTORS OF EDUCATIONAL ENVIRONMENT WITH SUICIDAL THOUGHTS AND SUICIDE ATTEMPTS AMONG CHILDREN

Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

Abstract. Suicide of modern children and adolescents is a global public health crisis in different countries of the world. Studies concerning the relationship between suicide attempts and psychotraumatic factors of educational environment are not all. The authors of this article provide a literature review on the association of psychotraumatic factors of educational environment and suicide attempts among children.

Keywords: abuse, bullying, victimisation, suicidal behaviour, children.

Область исследований самоубийств среди детей и подростков достаточно молода, и суицидальное поведение среди детского населения изучено недостаточно [1, 8, 16, 18].

Анализ здоровья и рискованного поведения, проблем психического здоровья и суицидального поведения среди детей и подростков представлен исследованиями в 10 странах Европы (SEYLE – Saving and empowering young lives in Europe) Они представили эпидемиологические данные по распространённости суицидального поведения подростков. Распространенность среди учеников, в возрастной группе 14-16 лет, преднамеренного самоповреждающего поведения в течение жизни составила 27,6%, при этом более высокие показатели были зарегистрированы для эпизодического (19,7%), по сравнению с повторяющимся преднамеренным самоповреждающим поведением (7,8%). Суицидальные мысли присутствовали примерно у одной трети выборки (32,3%). Более четырех процентов (4,2%) выборки сообщили о попытках

самоубийства в течение своей жизни, со значительно более высокой распространенностью среди девочек (5,1% против 3,0%, $p < 0,05$) [25].

F. Moloneу с соавторами изучили гендерные различия в распространённости несуицидального самоповреждения, которое является сильным предиктором попыток самоубийства, среди 266491 подростков, в возрасте от 10 до 19 лет. В 17 странах Америки, Европы и Азии совокупная распространенность несуицидального самоповреждения составила 17,7%. Попытки в Северной Америке и Европе были в два раза более распространены среди девочек-подростков по сравнению с мальчиками-подростками [20].

Согласно данным американской Академии детской и подростковой психиатрии (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry), среди молодого поколения попытки самоубийства могут быть связаны с чувством стресса, неуверенностью в себе, стремлением добиться успеха, финансовой неопределенностью, разочарованием и потерей близких. Некоторым подросткам самоубийство может показаться решением проблем. При этом важно отметить, что депрессия и суицидальные настроения поддаются лечению. Чтобы избежать печальных последствий, необходимо своевременно распознать, диагностировать заболевание и начать соответствующую терапию с использованием комплексного индивидуального подхода [14].

К триггерным факторам суицидального поведения относятся: чувство одиночества, отчужденности и непонимания близкими людьми и сверстниками, финансовые трудности (денежные долги), физическое или сексуальное насилие, неразделенная любовь и измена любимого человека, ранняя беременность, смерть родителей и утрата близких людей, конфликты с родителями, академические трудности, жестокое обращение, страх позора, насмешек или унижения, страх наказания, дидактогенные депрессии, подверженность буллингу (кибербуллингу), виктимизации, посттравматическому и постдидактическому стрессу [2-5,7, 8, 17, 21, 24].

Zou S. и соавторы изучали роль базовой самооценки в посредничестве между симптомами депрессии и суицидальными мыслями у китайских подростков. Авторы провели анализ исследования 11563 учащихся школ на предмет симптомов депрессии, базовой самооценки и суицидальных мыслей. Было выявлено, что частота депрессии составляла 29,7%; тревожности – 34,2%; и суицидальных мыслей – 28,0% [26].

Связь между травлей, депрессией, суицидальными идеями и попытками самоубийства изучалась группой авторов с интервалом в 3 и 12 месяцев среди 2933 подростков (56,1% девочек) в возрасте 14-16 лет из 10 европейских стран, участвовавших в школьной многоцентровой контрольной выборке «Спасение и расширение прав и возможностей молодых жизней в Европе». Среди школьников, которые сообщили о виктимизации один раз (но не дважды), физиче-

ская виктимизация, но не вербальная и реляционная, была связана с более поздними суициальными мыслями и попытками. Хроническая физическая, вербальная и реляционная виктимизация увеличивали вероятность более поздней депрессии по сравнению с спорадической. Хроническая реляционная виктимизация увеличивала вероятность более поздних суициальных мыслей, а хроническая физическая виктимизация увеличивала вероятность суициальных попыток [11].

Особый вклад в суициальное поведение и попытки самоубийства у подростков вносит жестокое обращение с детьми [19]. В исследовании, проведенном Turner H. A., Colburn D., изучалось влияние нескольких форм жестокого обращения на мысли о причинении себе вреда и суициальные мысли, а также рассматривали, как эти эффекты могут различаться в зависимости от пола. Более 8% выборки из 6364 подростков в возрасте 10-17 лет сообщили о суициальных или самоповреждающих мыслях за последний месяц, причем девушки чаще сообщали об этих результатах, чем юноши [23].

Самоубийство, по данным Jin X. и соавторов, является глобальным кризисом общественного здравоохранения, и имеется мало данных, касающихся связи между попытками самоубийства и жестоким обращением в детстве среди учащихся средних школ Китая. По данным авторов, среди 782 учащихся 7-8 классов 39,6% страдали от жестокого обращения в детстве, а частота попыток самоубийства за последние 6 месяцев составила 4,60% [15].

Влияние социальной сети, буллинг и виктимизации на суициальное поведение детей и подростков было изучено отечественными и зарубежными авторами. Выявление случаев преднамеренного членовредительства среди детей и подростков и их связи с травлей и виктимизацией является важной проблемой общественного здравоохранения. Karanikola M. N. K., Lyberg A., Holm A., Severinsson E. выявили положительную связь между школьной травлей и преднамеренным самоповреждением. Была подтверждена опосредующая роль депрессивных симптомов в связи между преднамеренным самоповреждением и школьной травлей [16].

Школьная травля и кибербуллинг среди подростков, по данным Hinduja S., Patchin J., тесно связана с суициальными мыслями и попытками. Был проведен опрос среди репрезентативной выборки молодежи США в возрасте от 12 до 17 лет. Учащиеся, которые подвергались школьной или онлайн-травле, были значительно более склонны сообщать о суициальных мыслях. Учащиеся, которые сообщали о травле в школе и в Интернете, были еще более склонны сообщать не только о суициальных мыслях, но и о попытках суицида. Те, кто подвергался травле или кибербуллингу таким образом, что это повлияло на их поведение в школе, также были подвержены более высокому риску суициальных мыслей и попыток [13].

Жестокое обращение с детьми, буллинг, кибербуллинг и виктимизация становятся все более серьезной проблемой для детей и подростков во многих странах мира. Помощь специалистов, которые обучают детей, учителей и родителей позитивному вмешательству, могут снизить или вовсе предотвратить эти негативные феномены. В мире существует несколько апробированных программ, включающих как превентивные меры, так и работу с буллингом и виктимизацией. Наиболее известные антибуллинговые программы Европы и США, с точки зрения их эффективности и актуальности, такие как SAVE (Испания), Expect Respect, ViSC (Австрия), Bulli & Pupe (Италия), Olweus Bullying Prevention Program (США), Steps to Respect (США), Positive Action (США), The Donegal (Ирландия), The Friendly Schools Project (Австралия), KiVa (Финляндия). Большая часть программ представляет собой ознакомительные тренинги для педагогического состава и школьников, а часть из них включают годичный цикл тренингов и работу на всех уровнях школьного взаимодействия [6, 9, 10, 12].

Заключение. Проблема влияния психотравмирующих факторов в детском и подростковом возрасте является актуальной для многих школ в различных странах мира. Она носит полипрофильный характер и требует учитывать влияние деструктивного поведения в школьных коллективах, социальных сетях, в семьях и подростковых группировках, в т.ч. неформальных, на качество жизни детей и возникновение суициальных планов в различные периоды их жизни.

Список литературы

1. Ганузин В. М. Анализ психотравмирующих факторов, негативно влияющих в школьном возрасте: рядовые школьных войн (обзор литературы). Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2021;21(4):99-110.
2. Ганузин В. М. Влияние психотравмирующих факторов в детском и подростковом возрасте на их жизненную парадигму (обзор). Практическая медицина. 2021;19(6):26-31.
3. Ганузин В. М., Борохов Б. Д. Психотравмирующие факторы в школьном возрасте и их влияние на здоровье: постидидактическое стрессовое расстройство (обзор). Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. 2022; 14 (1) – URL: <http://mpqj.ru> (дата обращения: 05.02.2025).
4. Ганузин, В. М., Борохов Б. Д. Постидидактическое стрессовое расстройство у детей и подростков: размышления над проблемой. Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2022; 22(3): 85-89.
5. Ганузин В. М., Фаттахова А. С. Анализ современной научной литературы по виктимизации детей и подростков в образовательной среде. Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2024;24(4): 96-110.

6. Приходько А. А., Суворова И. Ю. Школьный буллинг: системность и противодействие [Электронный ресурс]. Современная зарубежная психология. 2022;11(4):136–144. DOI: 10.17759/jmfp.2022110412
7. Северный А. А., Иовичук Н. М. К вопросу о дидактогенных депрессиях у младших школьников [Электронный ресурс]. Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2012; 4(1) URL: https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n1/50833.shtml (дата обращения: 05.02.2025).
8. Семёнова Н. Б. Буллинг и кибербуллинг в подростковой среде: распространённость, методы запугивания, ролевое поведение участников. Здравоохранение Российской Федерации. 2023;67(4):313-319. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2023-67-4-313-319>.
9. Ahouanse R. D., Chang W., Ran H. L., et al. Childhood maltreatment and suicide ideation: A possible mediation of social support. *World J Psychiatry*. 2022 Mar 19;12(3):483-493. doi: 10.5498/wjp.v12.i3.483. PMID: 3543330; PMCID: PMC8968496.
10. Bonell C., Hope S., Sundaram N., et al. Public engagement to refine a whole-school intervention to promote adolescent mental health. *Public Health Res (Southamp)*. 2024 Dec 4:1-22. doi: 10.3310/JWGT4863. Epub ahead of print. PMID: 39636228.
11. Brunstein Klomek A., Barzilay S., Apter A., Carli V., et al. Bi-directional longitudinal associations between different types of bullying victimization, suicide ideation/attempts, and depression among a large sample of European adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2019 Feb;60(2):209-215. doi: 10.1111/jcpp.12951. Epub 2018 Jul 19. PMID: 30024024.
12. Gaynor K., O'Reilly M. D., Redmond D., Nealon C., Twomey C., Hennessy E. A meta-analysis of targeted interventions for reducing suicide-related behaviour and ideation in adolescents: Implications for trial design. *Compr Psychiatry*. 2023 Apr;122:152374. doi: 10.1016/j.comppsych.2023.152374. Epub 2023 Jan 31. PMID: 36758338.
13. Hinduja S., & Patchin J. W. (2018). Connecting Adolescent Suicide to the Severity of Bullying and Cyberbullying. *Journal of School Violence*, 18(3), 333–346. <https://doi.org/10.1080/15388220.2018.1492417>
14. Hoffmann J. A., Farrell C. A., Monuteaux M. C., Fleegler E. W., Lee L. K. The association of child suicide with county-level poverty in the United States, 2007-2016. *JAMA Pediatr*. 2020;174(3):287-294. doi:10.1001/jamapediatrics.2019.5678].
15. Jin X., Fan T., Zhang K., Luo X., Huang C., Cheng J., Shen Y.. Childhood maltreatment and suicide attempts: A prospective cohort study in Chinese middle school students. *Child Abuse Negl*. 2024 Nov;157:107061. doi: 10.1016/j.chabu.2024.107061. Epub 2024 Sep 24. PMID: 39321722.
16. Karanikola M. N. K., Lyberg A., Holm A. L., Severinsson E. The Association between Deliberate Self-Harm and School Bullying Victimization and the Mediating Effect of Depressive Symptoms and Self-Stigma: A Systematic Review. *Biomed Res Int*. 2018 Oct 11;2018:4745791. doi: 10.1155/2018/4745791. PMID: 30519578; PMCID: PMC6241337.
17. Kayan Ocakoğlu B., Kafali H. Y., Ocakoğlu F. T. et al. Relations of Childhood Trauma and Emotional Dysregulation with Suicide Ideation and Suicidal Behaviour Severity in a Clinical Sample of Depressive Female Adolescents. *Iran J Psychiatry*. 2023 Oct;18(4):443-454. doi: 10.18502/ijps.v18i4.13631. PMID: 37881414; PMCID: PMC10593995.]
18. McLoughlin A., Sadath A., McMahon E., Kavalidou K., Malone K. Associations between humiliation, shame, self-harm and suicidal behaviours among adolescents and young adults: A systematic review protocol. *PLoS One*. 2022 Nov 23;17(11):e0278122. doi: 10.1371/journal.pone.0278122. PMID: 36417449; PMCID: PMC9683542.
19. Miller A. B., Esposito-Smythers C., Weisbrod J. T., Renshaw K. D. The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: a systematic review and critical examination of the literature. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2013 Jun;16(2):146-72. doi: 10.1007/s10567-013-0131-5. PMID: 23568617; PMCID: PMC3724419.
20. Moloney F., Amini J., Sinyor M., Schaffer A., Lancôt K. L., Mitchell R. H. B. Sex Differences in the Global Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents: A Meta-Analysis. *JAMA Netw Open*. 2024 Jun 3;7(6):e2415436. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.15436. PMID: 38874927; PMCID: PMC11179134.
21. Ndeti D. M., Mutiso V., Shanley J. R., al. Face-to-face bullying in and outside of schools and cyberbullying are associated with suicidality in Kenyan high school students: a public health issue. *BMC Psychiatry*. 2024 Apr 12;24(1):277. doi: 10.1186/s12888-024-05739-7. PMID: 38609874; PMCID: PMC11015663.
22. Schønning V., Dovran A., Hysing M., al. Study protocol: the Norwegian Triple-S Cohort Study - establishing a longitudinal health survey of children and adolescents with experiences of maltreatment. *BMC Public Health*. 2021 Jun 5;21(1):1082. doi: 10.1186/s12889-021-11125-9.
23. Turner H. A., Colburn D. Independent and Cumulative Effects of Recent Maltreatment on Suicidal Ideation and Thoughts of Self-harm in a National Sample of Youth. *J Adolesc Health*. 2022 Feb;70(2):329-335. doi: 10.1016/j.jadohealth.2021.09.022. Epub 2021 Oct 19. PMID: 34674929.
24. Wang W., Zhou D. D., Ai M., Chen X. R., Lv Z., Huang Y., Kuang L. Internet addiction and poor quality of life are significantly associated with suicidal ideation of senior high school students in Chongqing, China. *PeerJ*. 2019 Jul 17;7:e7357. doi: 10.7717/peerj.7357. PMID: 31531265; PMCID: PMC6719746.
25. Wasserman D. Review of health and risk-behaviours, mental health problems and suicidal behaviours in young Europeans on the basis of the results from the EU-funded Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) study. *Psychiatr Pol*. 2016 Dec 23;50(6):1093-1107. English, Polish. doi: 10.12740/PP/66954. PMID: 28211549.
26. Zou S., Song X., Tan W., al. Core self-evaluation as mediator between depressive symptoms and suicidal ideation in adolescents. *J Affect Disord*. 2022 Apr 1;302:361-366. doi: 10.1016/j.jad.2022.01.093. Epub 2022 Jan 29. PMID: 35104465.

Гаюрова Ю.А.

ДЕСТРУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК ПРОБЛЕМА РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

СПб ГБУ Центр социальной помощи семье и детям
Приморского района Санкт-Петербурга, Санкт-Петербург

Аннотация: в статье поднимается вопрос развития деструктивности в поведении человека через призму идей Эриха Фромма. Рассматривается понятие деструктивности исходя из идей Эриха Фромма. Проводится анализ и делаются выводы относительно факторов, влияющих на развитие в личности деструктивных тенденций, выделяются сферы жизни человека, в которых поэтапно происходит определение вектора развития личности.

Ключевые слова: деструктивность, факторы развития личности, созависимость.

Gayurova J.A.

DESTRUCTIVE BEHAVIOR AS A PROBLEM OF PERSONAL GROWTH THROUGH IN THE MODERN SOCIETY

SPb SBI Center for Social assistance to families and children,
Primorsky district of St. Petersburg, St. Petersburg, Russia

Abstract. The article raises the issue of the development of destructiveness in human behavior through the prism of Erich Fromm's ideas. The concept of destructiveness is considered based on the ideas of Erich Fromm. The analysis is carried out and conclusions are drawn regarding the factors influencing the development of destructive tendencies in the personality, the spheres of human life are highlighted, in which the vector of personality development is gradually determined.

Keywords: destructiveness, personality development factors, codependency.

Проблема деструктивности как явления психической и социальной сфер жизни начала беспокоить ученых еще в начале XX века и продолжает беспокоить во все большей степени. На примере динамики изменений в рубриках МКБ и DSM можно проследить все большую фиксацию внимания на данном вопросе. Если в МКБ-10 феноменология деструктивного поведения подпадала под рубрику F91 «Расстройства поведения», где подрубрика G1 описывает такие симптомы, как: «имеет место повторяющееся и стойкое поведение, при котором нарушаются или основные права других людей, или важнейшие соответствующие возрасту социальные нормы или правила» [5], то в МКБ-11 деструктивному поведению отводится целая рубрика в Главе 06 «Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития» – «Деструктивные и диссоциальные поведенческие расстройства» (Блок L1-6C9)

[6]. В DSM-V деструктивные расстройства, расстройства контроля над импульсами и расстройства поведения выделены в отдельную главу («Disruptive, impulse control, and conduct disorders») [13]. Все это говорит о нарастающем внимании к данной проблеме. Однако заметно, что этиология данного вопроса (как общая для многих явлений тенденция) отступает на второй план одновременно с все большей фокусировкой внимания на симптоматике данного явления.

Системных представлений о деструктивности в психологии тоже не сформировалось; есть отдельные исследования, затрагивающие этот вопрос, но понятийный аппарат и чёткую концептуальную базу еще предстоит разработать. Этимологически слово «деструктивность» восходит к латинскому *destructio*, означающему «разрушение», «нарушение». В словарях понятие «деструкция» рассматривается как нарушение, разрушение нормальной структуры чего-либо [1], а «деструктивность» означает разрушительность, стремление к порче и неплодотворность [8].

В психологии под деструктивным поведением понимают отклоняющееся поведение, которое наносит ущерб человеку [4], приводит к распаду социальных связей [3].

На сегодняшний день для исследователей, которым важен системный подход, а также не утратила значение биopsихосоциальная модель в изучении факторов заболевания, наиболее весомыми теоретическими основаниями в работе с проблемой деструктивности личности остаются достижения авторов, поднимавших вопрос влияния социума на личность и психическое здоровье личности и общества. Прежде всего, это труды ученых, работавших в рамках таких подходов и направлений, как гуманистический психоанализ и системная семейная терапия, где поднимаются вопросы влияния на формирующуюся личность общества в целом и семьи как важнейшего института социализации, в частности.

Одной из наиболее глубоких феноменологических версий понимания деструктивности человеческого поведения стало исследование Эриха Фромма, описанное в его работе «Анатомия человеческой деструктивности». Академического определения самого явления деструктивности Фромм не дает, содержание данного понятия выстраивается из основных граней его рассмотрения, которое автор проводил в междисциплинарном ракурсе. Согласно его разработкам, деструктивность можно понимать как специфически человеческое стремление к проявлению разрушительных действий (направленных вовне или на себя самого) в процессе удовлетворения экзистенциальных потребностей, что может быть как ситуативно-поведенческим (вызванным стечением давящих на Я человека обстоятельств), так и личностным свойством (то есть сложившимся как характер взаимодействия с миром):

«деструктивность возникает как возможная реакция на психические потребности, которые глубоко укоренились в человеческой жизни, и <...> она <...> результат взаимодействия различных социальных условий и экзистенциальных потребностей человека» [12, с. 190]; «деструктивность – это отклик человека на разрушение нормальных человеческих условий бытия» [2, с. 5].

Родительская семья учит человека жить с людьми близко, именно в семье человек научается принимать другого человека, в первую очередь – значимого взрослого с его отношением к миру, другим людям вообще и самому этому человеку и учится так организовывать свое собственное поведение, чтобы удовлетворять свои потребности в этом взаимодействии. И получается, что те условия, через которые преломляется процесс удовлетворения базовых потребностей человека, являются главными факторами в его развитии, а также тенденции этого развития – нормы или патологии. Эрих Фромм утверждал, что «в реальной действительности многие люди представляют собой смесь из некрофильских и биофильских наклонностей, и борьба между ними является источником продуктивного развития личности» [12, с. 284]. Другими словами, деструктивность как стремление к разрушению (других объектов или самого себя) и созидательность как стремление к созиданию (самовыражению, личностному росту или служению другим, обществу в целом) являются заложенными в человеке изначально тенденциями, развитие каждой из которых происходит из имеющихся условий, и чем больше ресурсов для развития созидательности, тем в меньшей степени будет проявляться деструктивность.

Фромм исследовал труды археологов, культурологов, антропологов и историков и пришел к значимым для понимания данной проблемы выводам. Структура общества, иерархическая или равноправная, выступает важнейшим определяющим моментом в формировании «социального характера» – системы черт личности, наиболее желательных для данного общества и потому поощряемых им через главных агентов влияния – родителей. Если в равноправной системе поощряется продуктивный тип социального характера, основанный на любви и независимости, то в иерархической системе будет формироваться либо симбиотический (садистический или мазохистический, которые взаимно дополняют друг друга), либо отчужденный тип (накопительский или рыночный). И именно родителями передается тот тип социального характера, который протектируется в данной социальной системе.

По Фромму, «характер – это относительно постоянная система всех неинстинктивных влечений (стремлений и интересов), которые связывают человека с социальным и природным миром» [12, с. 197]. Способы реализации экзистенциальных потребностей, составляющих основу влечений человека:

- 1) любить других людей (формируется независимая и творческая личность);
- 2) установить симбиозные отношения (садомазохистская личность);

3) вступить в отношения с самим собой и стать для себя целым миром (нарциссическая личность);

4) разрушать (деструктивная личность).

Проблема выработки человеком в раннем детстве способов реализации экзистенциальных потребностей – это и есть проблема формирования его характера. В обществе, нацеленном на потребление, условия для воспитания в человеке созидательных ориентиров постепенно сужаются и деградируют. Одновременно с этим растут возможности для проявлений деструктивности.

Частным примером дефицита условий для созидательного развития (и избытка условий для развития деструктивного), по Фромму, является экзистенциальная потребность в стимулировании и некомпенсированная скука. Головной мозг человека как главный орган, влияющий на жизнеобеспечение организма, «должен» находиться в состоянии повышенной готовности и тем самым обеспечивать себя кислородом. В связи с этим можно допустить, что эта потребность – в стимулировании активности мозга – носит витальный характер. Однако в наше время, когда общество пережило информационный шок и приняло адаптационную модель, защищающую от стресса переизбытка информации, формируется пассивное и потребительское отношение как норма взаимодействия. Люди более ориентированы не на исследовательскую деятельность, а на развлечения. Это дает в итоге хроническую нехватку стимулов, ибо в развлечении невозможно найти мощных стимулов для развития. Как результат, человек, а в особенности – дети и подростки как растущие организмы, оказываются в духовном вакууме, сформированном самими ценностями общества. «Оказывается, у человека гораздо более сильное возбуждение (волнение) вызывают гнев, бешенство, жестокость или жажда разрушения, чем любовь, творчество или какой-то продуктивный интерес. <...> первый вид волнения не требует от человека никаких усилий: ни терпения, ни дисциплины, ни критического мышления, ни самоограничения; для этого не надо учиться, концентрировать внимание, бороться со своими сомнительными желаниями, отказываться от своего нарциссизма» [12, с. 211]. Вводя такое понятие, как хроническая скука, Фромм дает ей определение как одной из «основных психопатологий современного технотронного общества» [Там же, с. 212] и разделяет ее на компенсированную и некомпенсированную. Последняя возникает у людей, которых невозможно ввести в состояние возбуждения нормальным раздражителем и которые страдают от недостатка продуктивности, они больны хронической депрессией. По его мнению, «особо опасным следствием «некомпенсированной скуки» выступают насилие и деструктивность» [Там же, с. 216].

На наш взгляд, примерами деструктивного способа реализации потребности в стимулировании (или следствиями некомпенсированной скуки) могут

выступать такие явления современной жизни, ставшие предметом большого внимания и обсуждений, как: у взрослых – охота (VIP, спортивная, браконьерство) как способ развлечения; у детей – детский групповой садизм (буллинг, зоосадизм).

Исследуя проблему созависимых отношений, Берри и Дженей Уайнхолды приходят к выводу, что сама культура современного общества может определяться как созависимая, что совпадает с идеями Эриха Фромма о протекционировании в иерархическом обществе симбиотических отношений и развитии садистического и мазохистического типов социального характера как приоритетных моделей. По Б. Уайнхолду, «если взглянуть на эту проблему в перспективе культуры, то становится понятно, что все основные институты нашего общества базируются на зависимом поведении. Социальная структура, созданная нами, действительно может оставаться созависимой, если такое поведение будет сохраняться в дальнейшем у большей части населения» [11, с. 14-15]. Важное значение в связи с этой проблемой приобретает ценность мудрости и жизнестойкости в обществе как факторов, уравновешивающих стремление к власти и обладанию [7].

Совокупность условий для реализации базовых потребностей человека представляет собой систему факторов. И важнейшие из них – это условия развития человека в социуме, в первую очередь – в семье. Если подвести итоги, то можно сделать следующие выводы:

1) социальное взаимодействие, создающее для человеческого Я ситуацию несвободы и неполноты проявлений (в спектре от непринятия и отвержения к насилию и эксплуатации), выступает главной предпосылкой развития личности в направлении деструктивности;

2) основные человеческие потребности, вынуждая человека в любой из ситуаций искать пути их удовлетворения, представляют сферы (сообразно каждому виду потребности), в которых так или иначе в процессе онтогенетического развития будет проявляться Я человека. В соответствии с этим можно сформулировать гипотезу концепции системно-динамического развития личности, исходя из двух заложенных тенденций – созидающей и разрушительной, где основными сферами (или аспектами) будут:

- сфера отношения к миру и себе в нем через призму любви (базовое принятие или непринятие), где будет проявляться любовь безусловная (свобода Я любить и чувствовать любовь) или любовь условная (перфекционизм, стремление заслужить позитивную оценку);

- сфера деятельности, творчества, вдохновения (базовое принятие деятельности как структурированного процесса), где будет проявляться самоактуализация или нарциссическое замыкание на себе;

- сфера межличностного общения (принятие Другого), где проявится стремление к диадным отношениям, интерпресональность, либо – защитное поведение и триангуляция, проекции, атрибуцирование, созависимость (садизм, мазохизм), толерантность к насилию;

- сфера отношений с Высшей Силой (Богом), или духовность, где проявится стремление к самоотдаче, служению или к разрушению (в виде отчуждения и механизации жизни, увлечении техникой и ее возможностями, вплоть до гомицидомании либо суицидального поведения).

Таким образом, то, как происходит определение вектора развития, зависит от института семьи. Но, как заметила еще в 60-х годах В. Сатир, «научно-техническая революция оказала огромное влияние на современную семью, существенно облегчив тяжкое бремя быта, но в то же время обрушив на нее множество мощных стрессов...» [9, с. 44-45]. И одним из следствий этого стала тенденция к тому, что семья перестала справляться со своими функциями. Стремление к саморазрушению, столь остро проявившееся в наши дни у детей и подростков, есть прямое следствие полного краха надежд личности, или человеческого Я как саморазвивающейся системы на созидающее взаимодействие с миром по основным направлениям.

Список литературы

1. Большой энциклопедический словарь / под. ред. А. М. Прохорова. М.: Большая Российская энциклопедия, 1998. – 345 с.
2. Гуревич П. С. Разрушительное в человеке как тайна // Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. М., 1994. С. 5
3. Клейберг, Ю. А. Социальная психология девиантного поведения [Текст]: монография / Ю. А. Клейберг. – М.: ФЛИНТА, 2004. – 232 с.
4. Короленко Ц. П. Семь путей к катастрофе [Текст]: учеб. пособие / Ц. П. Короленко, Т. А. Донских. – Новосибирск: Наука, 1990. – 222 с.
5. Международная классификация болезней. МКБ-10 [Текст]: краткий вариант, основанный на Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения: [в 3 ч.] / Научно-исследовательский институт социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. А. Семашко РАМН, Московский Центр ВОЗ по Международной классификации болезней; [составление и научное редактирование: Овчаров В. К., Максимова М. В.; пер.: Максимова М. В., Чемякина Д. Н., Сафонова А. Ю.]. – М.: НИИСГЭУЗ им. Семашко, 1996.
6. МКБ-11. Глава 6 Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития. Статистическая классификация. 2-е издание, переработанное и дополненное [Текст]. – М.: «КДУ», «Университетская книга», 2022. 432 с.

7. Назаретян А.П. Воспитательный потенциал синергетики: гипотеза техно-гуманитарного баланса // Научный результат: Сетевой научно-практический журнал. Серия «Педагогика и психология образования». – 2014. – №2 С. 98-105.
8. Новейший словарь иностранных слов и выражений. Минск: Харвест, 2001. 976 с.
9. Сатир В. Психотерапия семьи. СПб.: Ювента, 1999. С. 44-45.
10. Теория семейных систем Миррея Боуэна: Основные понятия, методы и клиническая практика. – М.: «Когито-Центр», 2005. – 496 с.
11. Уайнхолд, Б. Уайнхолд, Дж. Освобождение от созависимости / Перевод с английского А.Г. Чеславской — М.: Независимая фирма «Класс», 2002 — 224 С. С. 14-15.
12. Фромм, Э. Анатомия человеческой деструктивности [Текст] / Э. Фромм: пер. Э.М. Телятниковой; авт. вступ. ст. П.С. Гуревич. – М.: Республика, 1994. – 447 с.
13. Regier, D., Kuhl, E.A., Kupfer, D. The DSM-5: Classification and criteria changes // World Psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA), 2013. – 12(2): 92-98.

Глинкина Л. С.

ДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНЫХ РИСКОВ В ЦИФРОВОЙ СРЕДЕ: МЕТОДОЛОГИЯ МОНИТОРИНГА

НИУ ВШЭ, СПб ГКУ «Санкт-Петербургский информационно-аналитический центр», Санкт-Петербург

Аннотация. В статье исследуется методический подход к выявлению суицидальных рисков среди подростков посредством комплексного анализа контента социальных сетей. Приведены систематизированные цифровые маркеры предсуицидальных состояний, включающие поведенческие, эмоциональные и коммуникативные показатели.

Ключевые слова: профилактика самоубийств, мониторинг социальных сетей, оценка цифрового риска, предсуицидальные состояния.

Glinkina L. S.

DIAGNOSING SUICIDE RISKS IN THE DIGITAL ENVIRONMENT: MONITORING METHODOLOGY

National Research University Higher School of Economics, St. Petersburg's Information and Analytical Center, St Petersburg, Russia

Abstract. The article investigates the methodological approach to identifying suicide risks among adolescents through the comprehensive analysis of social media content. Systematized digital markers of pre-suicidal conditions, including behavioral, emotional, and communicative indicators, are given.

Keywords: suicide prevention, social media monitoring, digital risk assessment, pre-suicidal conditions.

Термин «суицид» происходит от латинского слова «suicidium», что дословно переводится как «убивать себя». В. С. Ефремов описывает суицид как действия человека, непосредственно имеющие целью ясно осознаваемое намерение прекращения собственной жизни [2].

По данным ВОЗ, опубликованным в 2019 г., в группе подростков в возрасте 15–19 лет суицид – вторая причина смерти среди девушек (после осложнений беременности и родов) и 3-я причина смерти среди юношей (после ДТП и межличностного насилия) [3]. При этом Россия стабильно входит в топ-10 стран по количеству самоубийств на 100 тыс. населения [10]. По данным Главного следственного управления СК России по Санкт-Петербургу, в 2023 г. 254 несовершеннолетних пытались покончить жизнь самоубийством. 36 из них скончались [1]. Такие данные, несомненно, ставят явление суицида в ряд наиболее острых медико-социальных и клинико-психологических проблем современности.

Раннее выявление суицидального поведения среди несовершеннолетних является критически важным для его профилактики. Пресуицидальные состояния включают характерные изменения в настроении, поведении и мышлении. При этом исследования показывают, что большинство людей, находящихся в состоянии пресуицида перед, собственно, попыткой самоубийства, предварительно пытались обратить внимание окружающих на свои проблемы и дать им знать о своем намерении. В контексте социальных сетей такие попытки могут проявляться через определенные паттерны в текстах, фотографиях, видеозаписях и взаимодействиях с другими пользователями. Исследователи выделяют следующие маркеры пресуицидального состояния, которые могут быть прослежены через активность в виртуальном пространстве:

Изменения в поведении в сети. Резкое снижение активности, удаление друзей или подписок [4].

Изображения и видео депрессивного содержания. Публикация меланхоличных изображений, видеороликов с изображением одиночества, грусти.

Высказывания о чувстве вины, стыде, ненависти к себе. Обвинения себя в неудачах, уничтожительные высказывания о своей внешности, интеллекте или характере.

Косвенные намеки. Эмоционально окрашенные сообщения о безнадежности, отчаяния, опустошенности, утрате смысла жизни. Это могут быть посты, в которых преобладают негативные и пессимистичные взгляды на мир и на собственное будущее [11].

Интерес к темам суицида, смерти, самоповреждений. Поиск информации о способах суицида, посещение сайтов или групп, посвященных этим темам [6].

Теги или упоминания, связанные с суицидальными темами. Упоминание пользователей/личностей, которые связаны с тематикой суицида, а также специфического сленга, использование хештегов, таких как #suicide, #depression, #selfharm (в русскоязычной среде к ним также могут добавляться другие культурно обусловленные хештеги, к примеру #синийкит, #тихийдом и #разбудименяя420) или определенных комбинаций нейтральных хештегов [5].

Прямое выражение суицидальных мыслей. Посты, содержащие фразы «Хочу умереть», «Мне незачем жить», «Мир был бы лучше без меня» и подобные [8].

Прощальные сообщения. «Беспринципные» обращения к друзьям и семье с благодарностями или извинениями.

Современные технологии позволяют использовать анализ больших данных (big data) для изучения поведения пользователей. Например:

Лингвистический анализ: автоматические алгоритмы (например, LIWC) помогающие выявлять эмоциональные и когнитивные паттерны в текстах.

Модели, обученные на данных из социальных сетей, могут предсказывать риск суицидального поведения с высокой точностью [7].

Мониторинг визуального контента: нейронные сети, использующиеся для распознавания тревожных визуальных сигналов в изображениях.

Однако, уровень современного развития нейронных сетей не позволяет использовать их как единственный инструмент выявления пресуицидентов в виртуальном пространстве [9], поэтому ручная обработка сообщений остается необходимой частью процесса анализа для повышения точности и снижения риска ошибок как первого, так и второго рода.

Люди могут учитывать контекстные факторы, такие как культурные особенности, специфические сленги и идиомы, которые алгоритмы могут не распознать (рис. 1). Также эксперт способен более точно определять контекстуальные оттенки сообщений, что особенно важно при выявлении скрытых или косвенных признаков суицидальных намерений.

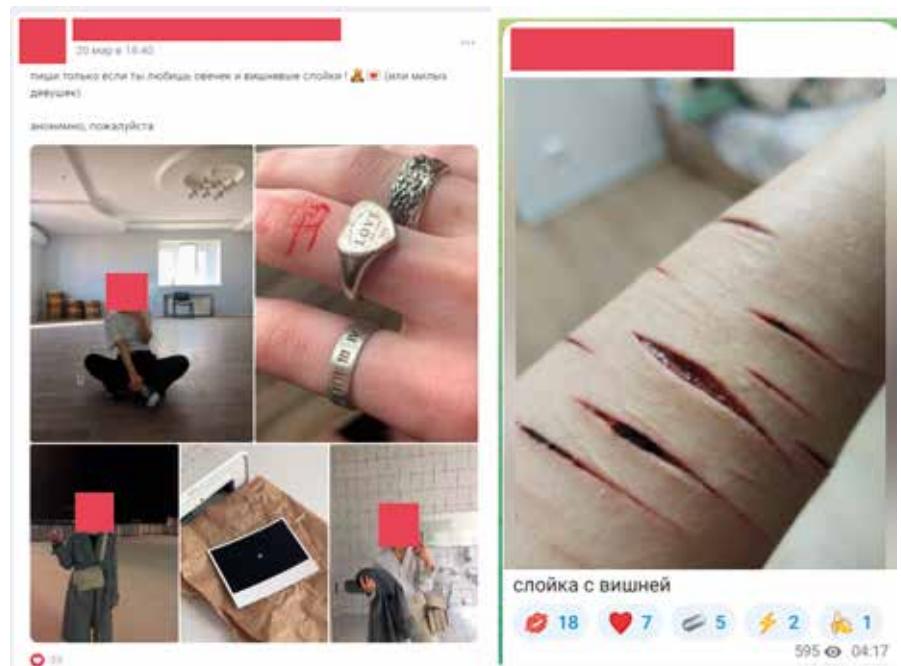


Рис.1. Образец узкоспецифического сленга. «Вишневая слойка». Псевдо-нейтральный пост (слева). Контекстуальное упоминание термина в одной из закрытых групп, посвящённых селфхарму (справа).

Методология ручной обработки включает несколько последовательных этапов:

Первичный скрининг контента по выделенным маркерам (данный этап сбора информации может быть доверен системам мониторинга, использующим Ключевые слова).

Оценка индивидуальных сообщений на уровень риска.

Углубленный анализ профиля пользователя.

Оценка степени суициdalного риска.

Принятие решения о необходимости экстренного вмешательства.

Раннее выявление суициdalного поведения играет критически важную роль в предотвращении трагедий. При этом главной этической дилеммой мониторинга социальных сетей является конфликт между правом на приватность и необходимостью спасти жизнь. Например, в ЕС применение подобных технологий регулируется GDPR, что осложняет сбор данных без явного согласия пользователей. В России правовые рамки менее строги, однако специалисты, осуществляющие мониторинг, также должны соблюдать строгие протоколы конфиденциальности и профессиональной этики во избежание злоупотреблений.

Выявление пресуицидентов, методология которого представлена выше, является лишь первым этапом оказания им необходимой помощи, для успешной реализации которой требуется тесное сотрудничество между специалистами в области психологии, социальной работы, информационных технологий и правоохранительных органов.

Список литературы

1. *Анна Митянина выступила в Законодательном Собрании с докладом о соблюдении в нашем городе прав и законных интересов детей в 2023 году.* – Текст: электронный // Уполномоченный по правам ребенка в Санкт-Петербурге: [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.spb дети.org/news/anna-mityanina-vystupila-v-zakonodatelnom-sobraniu-s-sankt-peterburga-s-dokladom-o-soblyudenii-v-nashe/> (дата обращения: 17.02.2025).
2. Ефремов В. С. Основы суицидологии. – СПб.: «Издательство «Диалект», 2004. – 480 с: ил.
3. *Каждые 40 секунд в мире происходит самоубийство.* – Текст: электронный // Всемирная организация здравоохранения: [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.who.int/ru/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds> (дата обращения: 17.02.2025).
4. Хмара Н. В. и др. Влияние деструктивных групп через социальные сети на психическое развитие подростка // Проблемы здоровья и экологии. – 2017. – №. 4 (54). – С. 79-83.

5. *Alhassan M. A. Detecting self-injurious content and assessing sources of online support on YouTube and Twitter social networks.* – 2022. Doctor of Philosophy (PhD) thesis [Электронный ресурс]. – URL: <https://stax.strath.ac.uk/concern/theses/j3860751b> (дата обращения: 17.02.2025).
6. Biddle L. et al. Suicide and the internet // Bmj. – 2008. – Т. 336. – №. 7648. – С. 800-802.
7. Coppersmith G. et al. Natural language processing of social media as screening for suicide risk // Biomedical informatics insights. – 2018. – Т. 10. – С. 1178222618792860.
8. O'dea B. et al. Detecting suicidality on Twitter // Internet Interventions. – 2015. – Т. 2. – №. 2. – С. 183-188.
9. Stern W. et al. Natural Language Explanations for Suicide Risk Classification Using Large Language Models // ML4CMH@ AAAI. – 2024. – С. 74-83.
10. *Suicide rates.* – Текст: электронный // Всемирная организация здравоохранения: [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates> (дата обращения: 17.02.2025).
11. Vioules M. J. et al. Detection of suicide-related posts in Twitter data streams // IBM Journal of Research and Development. – 2018. – Т. 62. – №. 1. – С. 7: 1-7: 12.

Голубкова Н.В., Женевская Н.А., Шишкин И.В.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С. С. Мнухина, Санкт-Петербург

Аннотация. Данная статья посвящена вопросам диагностики суицидального риска у детей и подростков. Отражены основные принципы и подходы в психодиагностике суицидального риска. Приводится перечень наиболее информативных психодиагностических методик, позволяющих выявить, оценить степень риска и прогнозировать развитие суицидальных тенденций у детей и подростков.

Ключевые слова: суицид, суицидальные тенденции, диагностика суицидального риска, самоповреждающее поведение.

Golubkova N. V., Zhenevskaia N. A., Shishkin I. V.

ISSUES OF DIAGNOSIS OF SUICIDE RISK IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

St. Petersburg SPHI "Children's Rehabilitation Center" n.a. S. S. Mnuhin,
St Petersburg, Russia

Annotation. This article is devoted to the issues of diagnosis of suicide risk in children and adolescents. The basic principles and approaches of suicide risk diagnosis are reflected. The list of the most informative psychodiagnostic techniques allowing to identify, assess the degree of risk and predict the development of suicidal tendencies in children and adolescents is given.

Keywords: suicide, suicidal tendencies, suicide risk diagnosis, self-harming behavior.

Преждевременный уход из жизни, связанный с совершением самоубийства, является одной из самых серьезных проблем во всем мире. Согласно данным ВОЗ, ежегодно более 700000 тысяч человек во всем мире уходят из жизни, совершая суицид. Самоубийство является четвертой по распространенности причиной смерти среди молодых людей в возрасте от 15 до 29 лет [10]. Россия входит в число лидеров по смертности от самоубийства (более 20 случаев на 100 тыс. населения по данным ВОЗ).

Особое беспокойство вызывает тот факт, что постепенно снижается возраст детей с суицидальными тенденциями. В нашей практике мы нередко сталкиваемся с ситуациями, когда суицидальные мысли высказывают дети в возрасте 11-12 лет. В этих случаях важна своевременная и точная оценка суицидального риска для выработки тактики лечения и, при необходимости, госпитализации в психиатрический стационар.

Нет никаких сомнений в необходимости подбора наиболее информативных психодиагностических методик, позволяющих выявлять и прогнозировать развитие суицидальных тенденций у детей и подростков.

В медицине уже давно было принято опираться на всевозможные данные для постановки точного и ясного диагноза и выбора индивидуальной программы лечения. Психотерапия как система лечебных воздействий на психику и через психику – на весь организм человека, имеет много точек соприкосновения с психологией и, в частности, с психологической диагностикой. Результаты психологического тестирования помогают врачу-психотерапевту правильно поставить диагноз, подобрать оптимальное лечение и наблюдать за процессом выздоровления человека.

Особое значение психодиагностика приобретает при таких грозных признаках, как суицидальные высказывания, поступки и самоповреждающее поведение [3]. Зачастую такие проявления – некий завершающий этап длительного пребывания ребенка или подростка в психотравмирующей ситуации, при этом вид такой формы реагирования в немалой степени определяется преморбидными особенностями (резидуально-органический фон, наследственность, природный фон повышенной тревожности, эмоциональной ранимости, тип восприятия и интерпретации). Разобраться в этих особенностях характерологических реакций, семейных взаимоотношений, эмоционально-волевых качеств, когнитивных процессов, мотивационно-личностных компонентов и помогает психодиагностика.

Оценить риск антивитального поведения нам прежде всего поможет психодиагностическая беседа, направленная на оценку тенденции к самоповреждающему поведению и склонности к суициду. В ходе беседы важно понять побуждения детей и подростков, разобраться с текущими идеями, намерениями и планами, понять, способен ли ребенок позаботиться о своей безопасности, имеет ли он доступ к опасным вещам. Необходимо обсудить, есть ли рядом близкий человек, на которого может опереться ребенок [2]. В ходе беседы мы осуществляем наблюдение за детьми и подростками. Нам необходимо отметить, какие изменения во внешности есть у пациента, как он себя ведёт, какое настроение, речь, есть ли тенденция к агрессии, враждебности или импульсивности, безнадежность, переживание себя как бремени для семьи. Важно обратить внимание на особенности здоровья пациента: могут быть депрессивные, тревожные симптомы, злоупотребление ПАВ (часто как средство самолечения), хронические соматические заболевания (особенно с ограничением повседневного функционирования и хроническим болевым синдромом). Необходимо прояснить наличие попыток самоубийства в последние полгода, уточнить семейную историю, узнать о физическом или сексуальном насилии в жизни. Если ли потеря (смерть,

развод) родителей, недавняя потеря значимого близкого, неразделенная любовь или расставание с любимым (любимой). Склонность к суициду может возникать при неспособности справиться с трудностями учебной программы, несоответствии родительским ожиданиям, постоянных, эмоционально изматывающих конфликтах в семье или трудной жизненной ситуации (приемные дети, дети из интернатов) [9].

После психодиагностической беседы и установления доверительных отношений можно приступать к подбору психодиагностических методик, которые измеряют, оценивают индивидуальные качества, способности и выявляют тенденцию к рискованному поведению. При подборе методик важно подходить к данному процессу комплексно и индивидуально. В работе можно использовать как стандартизированные, надежные, валидные методики, так и проективные методы. Методики подбираются исходя из пола, возраста и способностей ребенка [1, 4].

Экспериментально-психологическая диагностика, направленная на выявление суицидального риска, может включать следующие методики:

Методика выявления склонности к суицидальным реакциям (СР-45), автор: Юнацкевич П.И. Позволяет оценить степень начального уровня развития склонности личности к суициду в период ее обследования. Подходит для подростков от 14 лет и старше [5].

Методика «Психодиагностика суицидальных намерений» у детей (ПСН «В») В. Войцех, А. Кучер, В. Костюкевич (36 пунктов, от 11 лет и старше). Позволяет оценить наличие суицидального риска [5].

Выявление суицидального риска у детей (А. А. Кучер, В. П. Костюкевич) (пословицы и поговорки). Подходит для детей от 11 лет и старше. При анализе результата тестирования целесообразно помнить, что наличие суицидального риска определяет результат, полученный в колонке «Добровольный уход из жизни», а результаты остальных показателей дают информацию о факторе, который способствует формированию суицидальных намерений [7].

Шкала безнадежности А. Бека, в которой приводится 20 утверждений о негативных ожиданиях в отношении будущего. Обладает отличными психометрическими характеристиками [6].

Шкала поиска ощущений М. Цукермана. Подходит для детей от 14 и старше. В методике 16 пунктов. Она позволяет оценить уровень потребностей в ощущениях, что может указать на склонность к рискованному поведению в жизни [8].

Опросник детской депрессии М. Ковач, куда входит 5 шкал, среди которых есть шкала, направленная на выявление склонности к суициду. Методику можно использовать для детей от 7 лет и старше [6].

Скрининг тест Columbia DISC Depression Scale, направленный на выявление суицидального поведения у несовершеннолетних от 11 лет и старше. Есть формы заполнения методики для родителей, педагогов и детей. Она позволяет своевременно выявить детей в кризисной ситуации. В опроснике 44 пункта [7].

Методика склонность к девиантному поведению (СДП) Э. В. Леус – от 11 лет и старше, предназначена для измерения оценки степени выраженности зависимого, агрессивного, делинквентного и самоповреждающего поведения. В опроснике 75 вопросов [6].

Проективная методика. Графический тест «Ваши мысли о смерти» Л.Б. Шнейдера проясняет отношение к смерти, глубинные мысли, интерес к смерти. Подходит для детей от 7 лет [5].

Методика «Карта риска суицида» Л. Б. Шнейдера – помогает определить степень выраженности факторов риска суицида у подростков от 14 лет и старше. В неё входят биографические данные, актуальная конфликтная ситуация и характеристики личности [6].

Прогностическая таблица риска суицида у детей и подростков А. Н. Волкова (13 пунктов) – это диагностический инструмент, разработанный для оценки вероятности суицидального поведения у детей и подростков. Методика помогает выявить группы риска и своевременно предложить психологическую или психиатрическую помощь [7].

Особую озабоченность вызывает проблема выбора психодиагностических методик для оценки суицидального риска у детей в возрасте от 7 до 12 лет. Дети данной возрастной категории воспринимают смерть как что-то нереальное и невозможное. Для них суицид – это способ ухода от неприятной, болезненной, травмирующей ситуации. Они не думают о безвозвратности смертельного исхода. Поэтому очень важно в ходе диагностического обследования выявить истинные суицидальные намерения ребенка.

Таким образом, поняв истоки, причины происходящей в жизни ребенка или подростка трагедии с помощью психодиагностической беседы, экспериментально психологической диагностики, врач психиатр/психотерапевт имеет возможность оказать эффективную психофармакологическую и психотерапевтическую поддержку.

Список литературы

1. Акимова М.К., Гуревич К.М., *Психологическая диагностика: учебник для вузов*. СПб: Питер, 2005 – 652 с.
2. Андреева Е.Ю., Бычковский Д.А., Иванов Д.О., Романовская М.В., Фесенко Ю.А. *Диагностика, лечение, психокоррекция и профилактика суицидального поведения несовершеннолетних. Методические рекомендации*. СПб: СПбКПМУ, 2023. – 76 с.

3. Бовина И. Б. Диагностика риска суицида: некоторые аспекты проблемы [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2014. №1. URL: <http://psyedu.ru/journal/2014/1/Bovina.phtml> дата обращения: (09.01.2025 г).
4. Вопросы диагностики и профилактики суицидального поведения детей и подростков: Методические рекомендации / Ворсина О.П., Бычкова А.М. – Иркутск, 2022. – 76 с.
5. Пакулина С. А. Психодиагностика суицидального поведения детей и подростков. Методическое пособие. - Челябинск, АБРИС, 2019 -209 с.
6. Психологические тесты онлайн –<http://psytests.org>
7. Психологические тесты онлайн 2024 - <http://psychiatry-test.ru>
8. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие – Самара: «БАХРАХ», 1998 г – 672 с
9. Семаго Н. Я., Семаго М. М. Теория и практика углубленной психологической диагностики. От раннего до подросткового возраста: Монография. М: АРКТИ, 2016. – 560 с.
10. Suicide rates and absolute numbers of suicide by country // World Health Organisation. Geneva: WHO, 2020.

Горьковая И.А., Рояло К.В.

САМОРЕГУЛЯЦИЯ ПРИ НИЗКОМ И ВЫСОКОМ УРОВНЯХ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Аннотация. У подростков с низким уровнем суицидального риска (21%) выявляется много связей между показателями суицидального риска и саморегуляции, что указывает на процесс их взросления, тогда как частая встречаемость высокого уровня суицидального риска (34%) у подростков с девиантным поведением при отсутствии связей между исследуемыми показателями свидетельствует об их инфантилизме и смешении в их сознании реальной и виртуальной действительностей.

Ключевые слова: суицидальный риск, стили саморегуляции, подростки, девиантное поведение.

Gorkovaya I. A., Royalo K. V.

SELF-REGULATION AT LOW AND HIGH LEVELS OF SUICIDAL RISK IN ADOLESCENTS WITH DEVIANT BEHAVIOR

Saint Petersburg State Pediatric Medical University, St Petersburg , Russia

Abstract. Adolescents with a low level of suicidal risk (21%) show many connections between the indicators of suicidal risk and self-regulation, which indicates the process of their maturation, while the frequent occurrence of a high level of suicidal risk (34%) in adolescents with deviant behavior with no connections between the studied indicators indicates their infantilism and mixing in their consciousness of real and virtual reality.

Keywords: suicide risk, self-regulation styles, adolescents, deviant behavior.

Современные исследования свидетельствуют об актуальности анализа суицидального поведения у подростков, так как специалисты отмечают устойчиво высокие показатели суицидального риска у молодежи.

Цель исследования состояла в сопоставлении связей показателей суицидального риска и стилей саморегуляции у подростков с девиантным поведением при низком и высоком уровне антисуицидального фактора. Выборка составила 80 подростков с девиантным поведением (мелкие кражи, низкая мотивация обучения, конфликтность и т.п.) 14-17 лет. Использованы опросники суицидального риска А. Г. Шмелева в адаптации Т. Н. Разуваевой [3] и «Стиль саморегуляции поведения – ССП-98» В. И. Моросановой [2], а также методика DASS-21 [1]. Самые высокие значения показателя «Антисуицидальный риск» примененного опросника суицидального риска выявлены у каждого третьего

(34%) обследованного подростка и низкие значения указанного показателя у каждого пятого (21%) подростка, что определило группы сравнения обследованных подростков с девиантным поведением с высоким и низким уровнями суициdalного риска.

При низком уровне суициdalного риска у подростков наибольшее количество связей обнаружено со стилем саморегуляции «Планирование», который связан с эмоциональным состоянием «Депрессией» ($r=0,669$, $p<0,01$) и «Стрессом» ($r=0,545$, $p<0,05$), а также «Аффективностью» ($r=0,806$, $p<0,001$) и «Социальным пессимизмом» ($r=0,561$, $p<0,05$). Также наблюдаются отрицательные связи между стилем саморегуляции «Оценка результатов» и показателями суициdalного риска «Демонстративность» ($r=-0,664$, $p<0,01$) и «Уникальность» ($r=-0,625$, $p<0,01$). У обследованных подростков с высоким риском суициdalного поведения выявлено только две статистически значимые связи между «Аффективностью» и «Программированием» и «Несостоятельностью» и «Планированием». Таким образом, можно констатировать интересный факт сочетания склонности к эмоциональной неустойчивости, импульсивности поведения, пессимистической оценки своих возможностей и жизненных перспектив, с одной стороны, с попытками упорядочить свою жизнь с разработкой конкретных жизненных планов с определенной долей критичности, что характерно для подростков с девиантным поведением с низким уровнем суициdalного риска. У подростков с высоким уровнем суициdalного риска наблюдается принципиально другая картина, заключающаяся в отсутствии связей, кроме двух, между исследуемыми показателями суициdalного риска и стилями саморегуляции, что, скорее всего, свидетельствует об их инфантилизме и «особом» отношении к смерти, обусловленном компьютерными играми с наличием нескольких жизней у персонажей.

На основании проведенного исследования можно сделать вывод о том, что у подростков с девиантным поведением с высоким суициdalным риском (34%) отсутствие связей изучаемых показателей является следствием их инфантильности и погруженности в компьютерные игры. У подростков с девиантным поведением с низким уровнем суициdalного риска (21%) самым значимым является стили саморегуляции «Планирование» и «Оценка результатов», а также показатели суициdalного риска «Аффективность», «Социальный пессимизм», «Демонстративность» и «Уникальность», что указывает на процесс их взросления с достаточным пониманием своих особенностей и возможностей, попытками планирования своего жизненного пути.

Список литературы

1. Золотарева А. А. Систематический обзор психометрических свойств Шкалы депрессии, тревоги и стресса (DASS-21) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2020. №2. С. 26–37. DOI: 10.31363/2313-7053-2020-2-26-37
2. Моросанова В. И., Конов Е. М. Стилевая саморегуляция поведения человека // Вопросы психологии. 2000. № 2. С. 118–128
3. Разуваева, Т. Н. Диагностика личности. Шадринск: Истеть. 1993. 280 С.

Грасс С.В.¹, Собур В.В.¹, Басова А.Я.¹, Шевченко Ю.С.², Сычев Д.А.²,
Иващенко Д.В.²

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ФАРМАКОТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНОГО ЭПИЗОДА У ПОДРОСТКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАКТА СУИЦИДАЛЬНОЙ ПОПЫТКИ

ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ¹,
ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ², Москва

Аннотация. Целью исследования было установить, является ли факт суицидной попытки в анамнезе предиктором эффективности и безопасности фармакотерапии депрессивного эпизода у подростков. Проспективно изучен 191 подросток ($14,71 \pm 1,5$ лет) с депрессивным эпизодом и суицидальными тенденциями. В результате исследования выявлено, что суицидная попытка в анамнезе не является самостоятельным фактором риска неэффективности и нежелательных реакций на фармакотерапию депрессивного эпизода.

Ключевые слова: суицидная попытка, подростки, депрессия, фармакотерапия.

Grass S. V.¹, Sobur V. V.¹, Basova A. Ya.¹, Shevchenko Yu. S.², Sychev D. A.²,
Ivashchenko D. V.²

EFFICACY AND SAFETY OF PHARMACOTHERAPY OF DEPRESSIVE EPISODE IN ADOLESCENTS DEPENDING ON THE FACT OF SUICIDE ATTEMPT

Scientific-Practical Children's and Adolescents Mental Health Center
n.a. G. E. Sukhareva¹,
Russian Medical Academy of Continuous Professional Education², Moscow, Russia

Abstract. The aim of the study was to determine whether a history of a suicide attempt is a predictor of the efficacy and safety of pharmacotherapy for a depressive episode in adolescents. 191 adolescents (14.71 ± 1.5 years) with a depressive episode and suicidal tendencies were prospectively studied. The study revealed that a history of suicide attempt is not an independent risk factor for ineffectiveness and adverse reactions to pharmacotherapy for depressive episode.

Keywords: suicide attempt, adolescents, depression, pharmacotherapy.

Введение. Важно изучение прогностических факторов для подбора эффективной и безопасной фармакотерапии депрессивного эпизода у подростков. Подростки с суицидными тенденциями являются группой высокого риска, поэтому важно знать, требуется ли им особый подход к терапии.

Цель. Установить, является ли факт суицидной попытки в анамнезе предиктором эффективности и безопасности фармакотерапии депрессивного эпизода у подростков.

Материалы и методы. Проведено обсервационное проспективное исследование подростков, госпитализированных в стационар с депрессивным эпизодом и суицидальными тенденциями. Срок наблюдения составлял от 7 суток ($n=191$) до 8 недель ($n=163$), часть пациентов выбыли из исследования. Оценка тяжести психического состояния проводилась при помощи шкал CGI-S, CGI-I, Колумбийская шкала суицидального поведения, Шкала депрессии Бека. Оценка безопасности проводилась с помощью опросника нежелательных реакций на антидепрессанты. Дозы антидепрессантов были пересчитаны во флуоксетиновые эквиваленты. Статистическая обработка проведена при помощи SPSS Statistics 26.0.

Результаты. В исследование был включен 191 подросток (89,5% девочек), средний возраст $14,71 \pm 1,5$ лет. У большинства пациентов синдром квалифицирован как депрессивный (69,1%), реже встречались тревожно-депрессивный (23,6%), депрессивный с психопатоподобными включениями (6,3%), депрессивный с психотическими симптомами (1%). Большинство пациентов принимали сертрапалин (69,9%) или флуоксамин (20,9%). Пациенты были разделены на подгруппы в зависимости попытки суицида в анамнезе: 87 пациентов (45,5%) сообщили о ней, 104 отрицали (54,5%). Сравнение подгрупп между собой не выявило различий по основным клинико-демографическим характеристикам (пол, возраст, индекс массы тела, длительность заболевания, факт несуицидных самоповреждений, прием антидепрессанта до госпитализации). Анализ шкал оценки тяжести психического состояния, суицидальных мыслей и поведения между подгруппами не выявил значимых различий за период наблюдения. При оценке безопасности установлено, что подростки с суицидной попыткой отмечали больше нежелательных реакций со стороны психики на 8 неделю терапии ($1 [0; 2]$ vs. $0 [0; 1]$; $p=0,039$). Других различий безопасности фармакотерапии за период наблюдения не выявлено.

У пациентов с суицидной попыткой начальная доза антидепрессанта в стационаре была несколько ниже ($11,17 \pm 6,51$ мг/сут vs. $12,58 \pm 6,97$ мг/сут, $p=0,05$, тенденция к достоверности). Дозировки на 7, 21 сутки и на 8 неделю наблюдения достоверно между подгруппами не различались. Установлено, что пациенты с суицидной попыткой реже получали сертрапалин (60,9% vs. 76,9%; $p=0,017$). Для других антидепрессантов различий не выявлено. Анализ дополнительной фармакотерапии показал, что пациенты с суицидной попыткой также реже получали транквилизатор (33,3% vs. 51%; $p=0,014$).

Заключение. В результате исследования выявлено, что суицидная попытка в анамнезе не является самостоятельным фактором риска неэффективности и нежелательных реакций на фармакотерапию депрессивного эпизода у подростков. Следовательно, подходы к терапии депрессивного эпизода у подростка не требуют изменений в зависимости от факта суицидной попытки в анамнезе.

Дементьева Е. А.^{1,2}, Быкова Е. В.²

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ, ПРИБЕГАЮЩИХ К САМОПОВРЕЖДЕНИЯМ

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ¹,
Частная практика², Санкт-Петербург

Аннотация. Проведено добровольное анонимное тестирование среди 7 девушек 15-16 лет, наносящих себе повреждения, с целью определить развитие эмоционального интеллекта, наличие тревожности, фрустрации и ригидности. Выявлены коррелирующие взаимосвязи между тревожностью, фрустрацией и развитием эмоционального интеллекта.

Ключевые слова: селфхарм, самоповреждения, эмоциональный интеллект, тревожность, фрустрация.

Dementeva E. A.^{1,2}, Bykova E. V.²

EMOTIONAL INTELLIGENCE OF ADOLESCENT GIRLS WHO RESORT TO SELF-HARM

St. Petersburg State Pediatric Medical University¹,
Private practice², St. Petersburg, Russia

Abstract. Voluntary anonymous testing was conducted among 7 self-harming girls aged 15-16 in order to determine the development of emotional intelligence, the presence of anxiety, frustration and rigidity. Correlating relationships between anxiety, frustration, and the development of emotional intelligence have been identified.

Keywords: self-harm, self-harm, emotional intelligence, anxiety, frustration.

Считается, что в настоящее время проходит эпидемия самоповреждающего несуицидального поведения [5]. Самоповреждающее поведение (селфхарм, англ. self-harm, self-inflicted violence, self-injurious behavior) – намеренное нанесение вреда своему здоровью без суицидальных намерений [3]. Практика самоповреждения подростков может быть попыткой познакомиться с самим собой. Однако, есть предположение, что в основе развития селфхарма лежит определенная психологическая конституция подростков с тенденцией к депрессивному состоянию и аутоагрессии [2]. Самоповреждающее поведение в отношении собственного тела – это попытка создать псевдоидентичность [4]. По данным суицидологов, более 20% подростков хотя бы единожды практиковали селфхарм [1]. При этом самоповреждения становятся своеобразной привычкой, шрамы становятся частью тела и жизни подростка.

Цель работы: определить развитие эмоционального интеллекта, наличие тревожности, фрустрации и ригидности у подростков, наносящих себе повреждения.

Материалы и методы. Проведено добровольное анонимное тестирование среди 7 девушек 15-16 лет, наносящих себе повреждения. Для диагностики использованы тесты: склонность подростка к суицидальному поведению (Горская М. В., 2008), тест эмоционального интеллекта (Люсин Д. В., 2006). Статистическая обработка проводилась в программе Microsoft Office Excel.

Результаты. У всех обследованных девушек наблюдаются повышенные уровни тревожности ($14,4 \pm 3,5$ балла), фрустрации ($12,9 \pm 4,7$ балла) и ригидности ($13,9 \pm 3,5$ балла) при нормальном значении 0-10 баллов по каждой шкале. При этом высокий уровень тревожности коррелирует с низкими уровнями внутриличностного эмоционального интеллекта ($r=-0,7$, $p \leq 0,05$, $t \geq 2$), понимания эмоций ($r=-0,6$, $p \leq 0,05$, $t \geq 2$) и управления эмоциями ($r=-0,6$, $p \leq 0,05$, $t \geq 2$). Высокий уровень фрустрации также коррелирует с низкими уровнями внутриличностного эмоционального интеллекта ($r=-0,9$, $p \leq 0,05$, $t \geq 2$), понимания ($r=-0,6$, $p \leq 0,05$, $t \geq 2$) и управления ($r=-0,8$, $p \leq 0,05$, $t \geq 2$) эмоциями.

Заключение. Проведенное исследование показывает, что одним из обязательных направлений психотерапевтической работы с подростками, прибегающими к самоповреждениям, должно быть развитие эмоционального интеллекта, в первую очередь – внутриличностного. Подростков необходимо обучать навыкам понимания и управления эмоциями.

Список литературы

1. Любов Е. Б., Зотов П. Б. Несуицидальные самоповреждения подростков: общее и особенное / Любов Е. Б., Зотов П. Б. // Суицидология. - 2020. - Т. 11. № 3 (40) - С. 44-71. [https://doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03\(40\)-44-71](https://doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-44-71)
2. Сегеда А. С., Сазонова А. Д. Самоповреждающее поведение у подростков: особенности формирования и опасность тенденции / А. С. Сегеда, А. Д. Сазонова // Державинский форум. – 2023. – Т. 7, № 4(28). – С. 590-595.
3. Тайгин О. В., Адоевцева И. В. Селфхарм, или самоповреждающее поведение / О. В. Тайгин, И. В. Адоевцева — Кострома: департамент образования и науки Костромской области, 2022 — 32 с.
4. Хири М. Это мое тело, я могу делать с ним что хочу. Психоаналитический взгляд на диссоциацию и инсценировки тела. / Хири М. — Москва: Когито-центр, 2018 — 381 с.
5. Boev O. I., Bychkova O. G. Monitoring of Intentional Self-Harm as a Tool to Detect Mental Disorders and Improve Access to Psychiatric Care / Boev O. I., Bychkova O. G. // Consortium Psychiatricum. — 2022. — Vol. 3, №2 — С. 60-68. <https://doi.org/10.17816/CP181>

Добряков И.В.¹, Романовская М.В.², Фесенко Ю.А.^{2,3}

ПАТОЛОГИЯ ВЛЕЧЕНИЙ: ОСНОВНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В МКБ-10 И МКБ-11

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава России¹;
СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С. С. Мнухина²;
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ³, Санкт-Петербург

Аннотация. Статья посвящена сравнению диагностических подходов, принятых в МКБ-10 и планируемых для применения в МКБ-11. На примерах различных нозологических единиц, возникающих как следствие патологии влечений, показана схожесть и принципиальная разница в качестве диагностики, применяемой в реальной клинической практике. Авторы утверждают, что аномия отдаляет современную психиатрию от многих традиционных взглядов, руководствуясь в основном операциональным подходом, примеры чего представлены в данной статье.

Ключевые слова: влечения, аномия, диагностические критерии, классификация, анорексия, суицидальность.

Dobryakov Igor V.¹, Romanovskaya M. V.², Fesenko Iu.A.^{2,3}

PATHOLOGY OF DRIVES: THE MAIN DIAGNOSTIC APPROACHES IN ICD-10 AND ICD-11

¹Department of the Federal State Budgetary Institution “V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology” of the Ministry of Health of the Russian Federation;

²Rehabilitation Center «Child Psychiatry» named S. S. Mnukhin;

³St. Petersburg State Pediatric Medical University,
St Petersburg, Russia

Abstract. The article is devoted to comparing the diagnostic approaches adopted in ICD-10 and those planned for use in ICD-11. Using examples of various nosological units arising as a result of the pathology of drives, the similarity and fundamental difference in the quality of diagnosis used in real clinical practice are shown. The authors argue that anomie distances modern psychiatry from many traditional views, guided mainly by an operational approach, examples of which are presented in this article.

Keywords: attraction, anomie, diagnostic criteria, classification, anorexia, suicidality.

В настоящее время Россия находится в ситуации аномии (греч.: а – отрицание, номос – закон). Одной из основных причин аномии следует считать огромный поток информации, обрушившийся на общество в связи с развитием Интернета. Часто эта информация противоречива. Это обусловило смену

эпохи модерна, время которой характеризовалось поисками причинно-следственных связей, объясняющих происходящее в отношениях людей, в их поведении и в жизни вообще, на эпоху постmodерна. В эпоху постмодерна выявленные закономерности стали ставиться под сомнение, в том числе и общепринятые очевидные суждения, ценности и стереотипы, касающиеся становления и проявлений влечений.

Ребенку, подростку все труднее понять себя, свою роль, место в этом мире, все труднее находить адекватную социальную поддержку в семье и в среде сверстников. Ими предпринимаются попытки справиться с этими трудностями, их переживаниями с помощью алкоголя, других веществ, изменяющих психическое состояние. Реальное общение все чаще заменяется виртуальным в Интернете.

В общей структуре болезней детей с инвалидностью, заболевания, связанные с психикой, выходят на первые позиции: более 50% приходится на психические расстройства, расстройства поведения и болезни нервной системы.

Наблюдающийся рост количества детей и подростков с расстройствами пищевого поведения, с суициальными тенденциями [4], как правило, напрямую связан с расстройствами соответствующих влечений. Влечение к смерти часто находит отражение в нарушениях влечения самосохранения, при которых выражены ауто- и/или гетероагgression. Возникают рискованное, самоповреждающее, суициальное поведение, аддикции саморазрушения (включая химические), пищевые аддикции, интернет-аддикции и пр. [1]. Зачастую именно ими обусловлено появление идеаторных, аффективных болезненных изменений, поведенческих нарушений.

В условиях аномии современная психиатрия отошла и продолжает отходить от многих традиционных взглядов и руководствуется в основном операциональным подходом. При этом диагноз определяется обязательным наличием определенного количества выявленных симптомов, соответствующих присутствующим в классификации. Кроме того, выделяются симптомы, обязательные при данном расстройстве, и факультативные, которых может и не быть. Таким образом, синдром рассматривается как свободное сочетание симптомов, имеющих относительно равнозначное диагностическое значение в структуре синдрома, что не соответствует клинической реальности [1].

Международная классификация болезней (МКБ) разрабатывалась именно так. В результате в МКБ 10-го пересмотра представлены к рубрике F6 «Расстройства личности и поведения у взрослых», подрубрике F63 «Расстройства привычек и влечений», включающей клептоманию (импульсивное воровство), патологическое влечение к азартным играм, пироманию (импульсивное поджигательство), дромоманию (бродяжничество), патологическую склонность к азартным играм. Кроме того, к подрубрике F63 отнесены

копролалия, симптом невроза навязчивых состояний трихотилломания, истерическое фантазирование и патологическая лживость (мифомания Дюопре), что с нашей точки зрения, некорректно, так как они могут отмечаться и без нарушения влечений или иметь к ним лишь косвенное отношение. В подрубрику F63 попало *влечение к периодическим запоям (дисомании)*, хотя *алкоголизм и хронический алкоголизм* отнесены в рубрики F10.2-F11. Психические расстройства и нарушения поведения, связанные с влечением к употреблению психоактивных веществ, имеют шифр F10-F19. Патология пищевого влечения представлены в рубриках нарушений пищевого поведения: F50.0 – нервная анорексия (F50.1 – атипичная нервная анорексия; F50.2 – нервная булимия; F50.3 – атипичная нервная булимия; F50.4 – переедание – реакция на дистресс; F50.5 – психогенная рвота); F98.2 – расстройство питания у младенцев; F98.3 – поедание несъедобного (пика) [3].

Классификация МКБ-10 не предполагает проведения анализа причинно-следственных отношений симптомов в структуре синдрома, как это было принято в традиционной психиатрии. Та же тенденция, к сожалению, доминировала при разработке МКБ-11, хотя группу «Расстройства сексуального предпочтения» в МКБ-10 заменили в МКБ-11 на группу «Расстройства влечений», объяснив это тем, что такое название более соответствует современной терминологии. В раздел «Расстройства влечений» помещены лишь нарушения полового влечения. Расстройства других влечений представлены в иных разделах. Например, нарушения пищевого влечения выделены в отдельный блок L1-6D8 «Расстройства питания и пищевого поведения» [6].

Именно особенности развития влечений и их отклонения часто играют ведущую роль в процессе синдромообразования, обусловливая вторичные расстройства психических функций (идеаторные, аффективные и др.), нарушения поведения. В. И. Крылов [2] справедливо отмечает: при операциональном подходе максимальная формализация снижает не только информационную, но и ситуационную вариативность, что, в свою очередь, снижает качество диагностики в реальной клинической практике. Б. Д. Цыганков и С. А. Овсянников [5] подчеркивают как важность реалий МКБ-10, так и четкость основных дефиниций в психиатрии, анализа систематики психических расстройств с учетом дихотомии «нозология – симптоматология», поскольку принципы нозологического и симптоматологического подходов постоянно сосуществуют, и их дальнейшее единство должно способствовать совершенствованию диагностики и, главное, повышению эффективности терапии.

В связи с вышесказанным, авторы выражают удовлетворенность тем, что принятая в начале 2022 года новая классификация МКБ-11 (DSM-V, ICD-11) [6] решением правительственные органов РФ не признана легитимной на сегодняшний день в России: ее введение в действие отложено на неопределенный срок.

Список литературы

1. Добряков И. В., Фесенко Ю. А. *Влечения детей и подростков: становление, проявления, отклонения*. СПб.: Проспект Науки, 2022. 300 с.
2. Крылов В. И. *Клиническая психопатология и доказательная медицина // Дневник психиатра*, 2012. М.: Медиа Медика. №3. С. 6-9.
3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) // Классификация психических и поведенческих расстройств: клинические описания и указания по диагностике. / Пер. под ред. Ю. Л. Нуллера и С. Ю. Циркина. СПб.: ВОЗ, АДИС, 1994. 304 с.
4. Суициды у несовершеннолетних : учебник для вузов / Ю. А. Фесенко, М. В. Романовская, Е. Ю. Андреева, Д. А. Бычковский. Москва: Издательство Юрайт, 2024. 260 с.
5. Цыганков Б. Д., Овсянников С. А. *Психиатрия*. М.: изд. «ГОЭТАР-медиа», 2011. 489 с.
6. *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-V)*. American Psychiatric Association (APA).

Епифанов А.Ю.

**СПЕКТРАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ГОЛОСА
КАК ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД
В ПСИХОДИАГНОСТИКЕ: ПРЕОДОЛЕНИЕ ФЕНОМЕНА
СОЦИАЛЬНОЙ ЖЕЛАТЕЛЬНОСТИ И ЭФФЕКТА ОБУЧЕНИЯ
В СКРИНИНГЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ
И ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С. С. Мнухина, Санкт-Петербург

Аннотация. В статье рассматривается возможность использования спектрального анализа голоса для диагностики эмоциональных состояний с целью преодоления таких факторов, как феномен социальной желательности и эффект обучения, а также его использование для скрининговой психодиагностики и профилактики суицидального поведения детей и подростков. Рассмотрены перспективы применения данного метода в клинической практике и психологических исследованиях.

Ключевые слова (Ключевые слова и фразы из текста): спектральный анализ голоса, психодиагностика, эмоциональные состояния, феномен социальной желательности, эффект обучения.

Epifanov A. Y.

**SPECTRAL ANALYSIS OF VOICE AS A PHYSIOLOGICAL METHOD
IN PSYCHODIAGNOSTICS: OVERCOMING THE PHENOMENON
OF SOCIAL DESIRABILITY AND LEARNING EFFECT IN SCREENING
EMOTIONAL STATES AND PREVENTING SUICIDAL BEHAVIOR
IN CHILDREN AND ADOLESCENTS**

St. Petersburg State Healthcare Institution “Child Psychiatry”
n.a. S. S. Mnyukhin, St. Petersburg, Russia

Abstract. The article considers the possibility of using spectral voice analysis to diagnose emotional states in order to overcome such factors as the phenomenon of social desirability and the learning effect, as well as its use for screening psychodiagnostics and prevention of suicidal behavior in children and adolescents. The prospects of using this method in clinical practice and psychological research are considered.

Keywords: Here are the key terms and phrases from the text: spectral voice analysis, psychodiagnostics, emotional states, phenomenon of social desirability, learning effect.

Диагностика эмоциональных состояний является одной из ключевых задач современной психологии и психофизиологии. Традиционные методы, такие как опросники и интервью, часто сталкиваются с проблемой субъективной

оценки, а также влиянием социальных ожиданий (феномен социальной желательности) и эффекта обучения.

В связи с этим возрастаёт интерес к использованию объективных методов, основанных на анализе физиологических параметров, таких, как частота сердечных сокращений, кожно-гальваническая реакция и другие показатели вегетативной нервной системы. Одним из перспективных направлений является использование спектрального анализа голоса для определения эмоционального состояния индивида [2].

Спектральный анализ голоса представляет собой перспективный инструмент в области психодиагностики, который позволяет исследовать эмоциональные состояния индивида через акустические характеристики речи. Этот подход открывает новые возможности для объективной оценки эмоций, минуя ограничения традиционных методов, таких, как опросники и интервью, подверженных влиянию социальных факторов и сознательных искажений со стороны испытуемых [1]. Введение спектрального анализа в психологию дает возможность преодолеть феномен социальной желательности – склонность людей предоставлять социально одобряемые ответы вместо истинного выражения своих чувств. Эффект социальной желательности (англ. – social desirability bias, SDB) – это тип предвзятости в ответах респондентов различных опросов, проявляющийся в стремлении давать такие ответы, которые кажутся предпочтительными в глазах окружающих. Это приводит к завышению положительных качеств и занижению отрицательных, что создает сложности в исследованиях, основанных на опросниках и интервью. Тема, для которой характерна такая предвзятость, связана с ожиданиями других и касается таких вопросов, как способности, личные качества респондента, сексуальное и рисковое поведение (например, употребление алкоголя, наркотиков и т.д.). Кроме того, этот метод минимизирует эффект обучения, связанный с повторными измерениями и адаптацией респондентов к тестовым ситуациям. Эффект обучения (также известный как эффект практики) возникает, когда участники улучшают свои результаты после повторной сдачи теста из-за того, что они уже знакомы с процедурой, содержанием или стратегиями выполнения заданий. Этот эффект может исказить результаты повторного тестирования, создавая ложное впечатление об улучшении состояния испытуемого, тогда как улучшение могло произойти просто за счет приобретенного опыта работы с самим тестом.

Таким образом, применение спектрального анализа голоса может существенно повысить точность диагностики эмоциональных состояний, обеспечивая исследователям более надежные данные для изучения человеческой психики.

Спектральный анализ голоса является перспективным методом дистанционного скринингового исследования эмоциональных состояний и психофизиологических характеристик в образовательных учреждениях.

Вот несколько ключевых преимуществ этого подхода:

Объективность. Спектральный анализ основан на математических алгоритмах обработки аудио-сигнала, что позволяет получать объективную информацию о голосе без субъективных оценок со стороны исследователя. Это снижает вероятность ошибок, связанных с человеческим фактором.

Раннее выявление проблем. Спектральный анализ голоса позволяет выявить признаки стресса, тревоги, депрессии и других эмоциональных состояний на ранних стадиях их развития. Это дает возможность своевременно принять меры для поддержки учащихся и предотвращения возможных негативных последствий, включая суицидальное поведение.

Индивидуальный подход. Результаты анализа могут быть использованы для разработки индивидуальных планов психологической помощи каждому учащемуся, учитывая особенности его эмоционального состояния.

Неинвазивность. В отличие от традиционных методов диагностики, таких как опросники или интервью, спектральный анализ не требует прямого контакта с испытуемым. Голос может быть записан удаленно, что делает метод удобным для применения в условиях ограниченного доступа к пациенту или при необходимости проведения массовых исследований.

Минимальная подготовка пациента. Для проведения спектрального анализа не требуется специальной подготовки пациента. Достаточно записать его речь в обычных условиях, что упрощает процедуру обследования и делает ее доступной для широкого круга лиц.

Высокая чувствительность. Спектральные характеристики голоса могут отражать мельчайшие изменения в состоянии человека, такие, как стресс, усталость, возбуждение или депрессия. Эти изменения часто незаметны для человеческого уха, но могут быть выявлены с помощью специальных программных средств.

Возможность автоматизации. Современные технологии дают возможность автоматизировать анализ речевых данных, что заметно ускоряет диагностические процессы и снижает расходы времени и средств. Это имеет особое значение при осуществлении массового обследования или наблюдения за большими группами населения. Автоматизированный подход к обработке голосовых данных обеспечивает быструю обработку большого объема записей, что существенно экономит время и ресурсы на проведение скрининговых исследований.

Поддержка инклюзивного образования. Данный метод может быть полезен для детей с особыми образовательными потребностями, так как позволяет

выявлять их эмоциональные трудности и адаптировать учебный процесс к их индивидуальным особенностям.

Мониторинг динамики изменений. Регулярное использование спектрального анализа позволяет отслеживать динамику эмоционального состояния учащихся и оценивать эффективность применяемых мер поддержки.

Профилактика суицидального поведения. Раннее обнаружение признаков депрессии и других серьезных эмоциональных расстройств может способствовать предотвращению трагедий, связанных с самоубийствами среди подростков.

Применение спектрального анализа голоса в качестве инструмента профилактики суицидального поведения у детей и подростков может быть особенно полезным, учитывая деликатность проблемы и необходимость раннего выявления признаков эмоционального неблагополучия.

Работа с родителями и педагогами. Результаты спектрального анализа могут помочь родителям и педагогам лучше понять эмоциональное состояние ребёнка или подростка. Они смогут заметить изменения в голосе, указывающие на возможные проблемы, и своевременно обратиться за профессиональной помощью.

Психологическая поддержка. На основе результатов спектрального анализа можно разработать индивидуальные программы психологической поддержки для детей и подростков из группы риска. Эти программы могут включать в себя консультации с психологом, тренинги по управлению стрессом и развитию навыков эмоциональной регуляции.

Образовательные программы. Спектральный анализ голоса можно использовать в образовательных программах, направленных на профилактику суицидального поведения. Он поможет наглядно продемонстрировать, как эмоциональное состояние человека отражается на его голосе, и привлечь внимание к важности заботы о своём психическом здоровье.

Создание безопасной среды. Результаты спектрального анализа помогут создать более безопасную и поддерживающую среду для детей и подростков. Педагоги и родители смогут лучше понимать потребности и эмоции своих подопечных и создавать условия для их развития и благополучия.

Повышение осведомлённости. Спектральный анализ голоса может стать инструментом повышения осведомлённости о проблеме суицидального поведения среди детей и подростков. Он позволит наглядно показать, как важно обращать внимание на изменения в эмоциональном состоянии и вовремя обращаться за помощью.

Профилактика профессионального выгорания. Для специалистов, работающих с людьми, находящимися в кризисных ситуациях (психологи, социальные работники, врачи), спектральный анализ голоса может стать

инструментом самодиагностики и предотвращения профессионального выгорания. Выявление признаков стресса и эмоционального истощения на ранних стадиях позволяет принять меры по восстановлению психологического равновесия.

Оценка эффективности терапии. Спектральный анализ может использоваться для оценки эффективности психотерапии или медикаментозного лечения: изменение характеристик голоса после начала терапии.

Для улучшения характеристик спектрального анализа как психодиагностического метода, можно сосредоточиться на нескольких аспектах, которые позволят повысить его точность, надежность и применимость.

Улучшение алгоритмов анализа.

Использование машинного обучения и искусственного интеллекта: разработка и внедрение продвинутых алгоритмов машинного обучения, способных анализировать большие объемы данных и находить скрытые закономерности, может значительно повысить точность диагностики.

Анализ временных рядов. Применение методов анализа временных рядов, таких как автокорреляционный анализ и спектральная плотность мощности, позволит глубже понять динамические изменения в голосе, связанные с психоэмоциональными состояниями.

Интеграция с другими методами.

Комбинация с физиологическими показателями: объединение данных спектрального анализа голоса с результатами измерения физиологических показателей, таких как пульс, артериальное давление и кожно-гальваническая реакция, даст более полное представление о психоэмоциональном состоянии человека.

Совместное использование с опросниками и тестами: сочетание спектрального анализа с традиционными методами психодиагностики, такими как личностные опросники и проективные тесты, увеличит надежность диагностики.

Повышение чувствительности к культурным и языковым особенностям.

Учёт культурных и языковых различий: разработка специализированных моделей анализа для разных языков и культур, поскольку выражение эмоций через голос может варьироваться в зависимости от культурного контекста.

Сбор данных из разных этнических и социальных групп: увеличение разнообразия выборки для тренировки алгоритмов позволит создать более универсальную модель, подходящую для широкой аудитории.

Улучшение качества записи.

Использование высокочувствительных микрофонов: применение микрофонов с низким уровнем шума и высокой чувствительностью обеспечит лучшее качество записи, что положительно скажется на точности анализа.

Контроль окружающей среды: обеспечение оптимальных условий записи, таких, как низкий уровень фонового шума и отсутствие посторонних звуков, поможет снизить погрешности в анализе.

Автоматизация процессов.

Разработка автоматизированных систем анализа: создание программных решений, которые будут автоматически проводить предварительную обработку данных, фильтровать шумы и выделять ключевые параметры, упростит работу специалистов и сократит время анализа.

Облачная инфраструктура: хранение и обработка данных в облачных сервисах позволит легко масштабировать систему и обеспечивать доступ к данным из любого места.

Обучение и сертификация специалистов.

Организация курсов и семинаров: проведение регулярных учебных мероприятий для специалистов, работающих с методом спектрального анализа, поможет поддерживать высокий уровень квалификации и актуализировать знания.

Сертификация специалистов: введение системы сертификации для тех, кто работает с этим методом, гарантирует соблюдение высоких стандартов качества и надёжности диагностики.

Регулярные обновления и проверка валидности.

Постоянное обновление алгоритмов: регулярный пересмотр и улучшение используемых алгоритмов на основе новых данных и достижений в области науки и техники.

Проверка валидности и надёжности: периодическое тестирование и верификация метода на новых выборках для подтверждения его эффективности и точности.

Вышесказанное указывает на высокую эффективность спектрального анализа голоса как метода диагностики эмоциональных состояний. Преодоление феномена социальной желательности и эффекта обучения делает этот метод особенно ценным для практической психологии и психофизиологии. Дальнейшие исследования должны быть направлены на уточнение методик и расширение области применения данного подхода.

Список литературы

1. Смит Дж., Джонс Р. Спектральный анализ голоса в диагностике психических расстройств // Вестник психотерапии. 2019. № 75(3). С. 21–32.
2. Smith J., Brown M. The use of spectral analysis in voice emotion recognition. Journal of Acoustical Society of America, 2017, Vol. 42, pp. 123-134.

Злоказова М.В.¹, Семакина Н.В.¹, Набатов И.Ф.², Бочарова И.А.²

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ ПОСЛЕ СОВЕРШЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНОЙ ПОПЫТКИ

¹Кировский государственный медицинский университет

²Центр психиатрии и психического здоровья им. акад. В. М. Бехтерева

Аннотация. Исследовано 46 подростков с непсихотическими психическими расстройствами, совершивших преднамеренные самоповреждения, выявлены признаки (маркеры), свидетельствующие о риске совершения суицидальных попыток (самоповреждающие действия, компьютерные и химические аддикции, высокие показатели депрессии и тревоги, акцентуации характера), необходимые для определения группы риска и проведения психопрофилактики.

Ключевые слова: подростки, суицидальное поведение, группа риска, психопрофилактика.

Zlokazova M. V.¹, Semakina N. V.¹, Nabatov I. F.², Bocharova I. A.²

CLINICAL FEATURES OF NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN ADOLESCENTS IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL AFTER COMMITTING A SUICIDE ATTEMPT

¹Kirov State Medical University

²Center of Psychiatry and Mental Health n.a. Academician V.M. Bekhterev, Russia

Abstract. 46 adolescents with non-psychotic mental disorders who committed intentional self-harm were studied, signs (markers) indicating the risk of suicide attempts (self-harming actions, computer and chemical addictions, high rates of depression and anxiety, character accentuation) necessary for determining the risk group and conducting prevention.

Keywords: adolescents, suicidal behavior, risk group, psychoprophylaxis.

Актуальность. В современном обществе сохраняется актуальность суицидального поведения в подростковом возрасте [2, 4]. Несмотря на многочисленные исследования, посвященные данному вопросу, остаются недостаточно изученными клинические особенности непсихотических психических расстройств (НПР) у подростков, совершивших суицидальную попытку [3]. Данные сведения необходимы для разработки биopsихосоциальных терапевтических, реабилитационных и психопрофилактических мероприятий на основе межведомственного взаимодействия в адолесцентном возрасте [1].

Цель исследования – изучить клинические особенности НПР у подростков, находящихся в психиатрическом стационаре после совершения суицидальной попытки.

Материалы и методы. Обследованы 46 подростков, совершивших преднамеренные самоповреждения (Х60 – Х84 по МКБ-10), получавших терапию в КОГКБУЗ «Центр психиатрии и психического здоровья им. академика В. М. Бехтерева» (ЦППЗ) (2019-2022 гг.). Средний возраст – $16,2 \pm 1,3$ лет, лиц женского пола – 37 чел. (80,4%), мужского – 9 чел. (19,6%), соотношение – 4:1.

Использовались методы: клинико-психопатологический; психоаналитический: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) A. S. Zigmond, R. P. Snaith (1983), патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) А. Е. Личко и Н. Я. Иванова (1970); статистический – с применением метода описательной статистики проводился в программах MS Excel и STATISTICA v.13.

Результаты. У подростков, совершивших суицидальную попытку, были диагностированы следующие НПР: другие смешанные расстройства поведения и эмоций (F92.8) – 27 чел. (58,7%); расстройства поведения (F91) – 8 чел. (17,4%); реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43) – 7 чел. (15,2%); депрессивный эпизод (F32.10) – 2 чел. (4,3%); тревожно-депрессивное расстройство (F41.2) – 2 чел. (4,3%).

Среди видов суицидальных попыток преобладали отравление медикаментами – 17 чел. (37,0%) и порезы крупных сосудов – 13 чел. (28,3%); падение с высоты – у 3 чел. (6,5%), удушение в результате повешения – 3 чел. (6,5%). Повторные попытки наблюдались у 2 чел. (4,3%).

Среди причин суицидальных попыток отмечались: отсутствие интереса к жизни – 11 чел. (23,9%), конфликты с родными – 10 чел. (21,7%), демонстративно-шантажное поведение – 6 чел. (13,0%), были совершены на фоне употребления алкоголя и ПАВ – 4 чел. (8,7%), после разрыва/ссоры с близким другом/подругой – 4 чел. (8,7%). У 11 чел. (23,9%) мотив суицидальной попытки установить не удалось. Перед суицидальной попыткой у подростков имелись частые импульсивные мысли о суициде – 5 чел. (10,9%), самоповреждающие действия в виде множественных самопорезов на теле – 27 чел. (58,7%) и/или татуировок, проколов, пирсинга – 7 чел. (15,2%). Склонность к компьютерным играм (преимущественно в ночное время) была отмечена у 10 чел. (21,7%). Нарушения взаимоотношений со сверстниками с элементами буллинга наблюдались у 9 чел. (19,6%). Эпизоды употребления алкогольных напитков, зарегистрированные в УВД, были отмечены у 15 чел. (32,6%), постоянное курение никотинсодержащих веществ (сигареты, вейпы, снюсы) – у 10 чел. (21,7%), употребление ПАВ (спайсы, «соли», мефедрон, «скорость») – у 5 чел. (10,9%), из них состояли под наблюдением у нарколога – 2 чел. (4,3%).

При психоаналитике у лиц, совершивших суицидальную попытку, были выявлены высокие показатели депрессии (HADS) – $15,3 \pm 2,4$ баллов, тревоги (HADS) – $14,8 \pm 0,6$ баллов. Акцентуации характера по ПДО имели 37 чел.

(80,4%), из них истероидно-сенситивный тип – 13 чел. (28,3%), психастенический – 9 чел. (19,6%), сенситивно-циклоидный – 8 чел. (17,4%), шизоидно-циклоидный – 7 чел. (15,2%).

Выводы. В нозологической структуре НПР у подростков, преимущественно женского пола, находящихся на лечении в ЦППЗ вследствие суициальной попытки, преобладают смешанные расстройства поведения и эмоций, расстройства поведения, реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации. Для совершения суициальных попыток часто используются: отравление медикаментами и порезы крупных сосудов. К факторам, способствующим суициальному поведению, относятся: отсутствие интереса к жизни, конфликты с родными, демонстративно-шантажное поведение, разрыв/ссоры с близкими друзьями.

Значимыми клиническими признаками (маркерами), свидетельствующими о риске совершения суициальных попыток, являются: самоповреждающие действия в виде множественных самопорезов на теле и/или татуировок, проколов, пирсинга; склонность к компьютерным играм (преимущественно в ночное время); проблемы взаимоотношений со сверстниками; эпизоды употребления алкогольных напитков и курение никотинсодержащих веществ; высокие показатели депрессии и тревоги по шкале HADS на фоне акцентуаций характера истероидно-сенситивного, психастенического, сенситивно-циклоидного и шизоидно-циклоидного типов.

Полученные данные необходимо использовать при проведении психо-профилактических мероприятий и определении группы риска по суицидам в подростковом возрасте.

Список литературы

1. Ахапкин Р.В., Дозорцева Е.Г., Любов Е.Б., Банников Г.С., Кесян К.Л., Чистопольская К.А. Суицидальное поведение несовершеннолетних (факторы риска, предикторы развития, диагностика): Методические рекомендации. – М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2024 – 38 с.
2. Карапаш И.И., Бадмаева В.Д., Чубисова И.А. суицидальное поведение несовершеннолетних, планировавших или совершивших нападение на образовательные учреждения // Суицидология. 2024. Т 15. № 2 (55). С.
3. Макушин Е.В., Макушкина О.А., Хайретдинов О.З., Абрамов А.В., Шкитырь Е.Ю., Апресимова С.И. Популяционное исследование суицидального поведения у детей и подростков в Российской Федерации в 2023 г. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски. 2024. Т. 124 № 11 (2). С. 27-35.
4. Петрова Н.Н. Проблема суицида при депрессии в современном мире. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски. 2022. Т. 122. № 6 (2). С. 43-48.

Ипатова К.А.¹, Терехова В.М.²

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДРОСТКОВ-НАРКОПОТРЕБИТЕЛЕЙ С САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ

¹ ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ;

² СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С. С. Мнухина, Санкт-Петербург

Аннотация. В исследовании рассматриваются клинико-психологические характеристики подростков-наркопотребителей, имеющих склонность к самоповреждающему поведению. Было выявлено, что демонстративность и дистимность, эмоциональная уязвимость, трудности в межличностных отношениях, характеристики семейной системы связаны с мотивацией употребления наркотиков и самоповреждающим поведением у подростков.

Ключевые слова: подростки, наркозависимость, мотивация употребления, семейное окружение, самоповреждающее поведение.

Ipatova K. A.¹, Terekhova V. M.²

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ADOLESCENT DRUG USERS WITH SELF-HARMING BEHAVIOUR

¹Pavlov First St Petersburg State Medical University,

²S. S. Mnukhin Children's Psychiatry Rehabilitation Centre, St Petersburg State Public Health Institution, St Petersburg, Russia

Abstract. The study examines the clinical and psychological characteristics of adolescent drug users with a propensity for self-harming behaviour. It was found that demonstrativeness and dysthymia, emotional vulnerability, difficulties in interpersonal relationships, and family system characteristics are associated with the motivation for drug use and self-harming behaviour in adolescents.

Keywords: adolescents, drug dependence, motivation for use, family environment, self-harming behaviour

Введение. Современные исследования посмертных экспертиз подростков обращают внимание на то, что употребление различных психоактивных веществ (далее – ПАВ) является одним из ключевых факторов роста подростковых суицидов [8]. Психологические особенности подросткового возраста, по мнению различных авторов, рассматриваются как кризисные, и связаны с перестройкой в трех основных сферах: физиологической, психологической и социальной [1]. В силу особенностей переходного возраста подростки наиболее уязвимы к употреблению ПАВ, в том числе и наркотиков. По данным Министерства внутренних дел, 70 % от всех потребителей наркоти-

ков – подростки и лица молодого возраста [7]. Социологические исследования показывают, что употребляли наркотические и токсикоманические вещества хотя бы один раз в жизни 56% мальчиков и 20% девочек [6].

Известно, что наркотические вещества действуют в сторону усиления преморбидных черт характера и особенностей личности, катализируя и провоцируя проявление особенности нервной системы, преморбидных черт характера и особенностей личности [2]. По мере развития химической зависимости преморбидная личность начинает меняться. Происходит изменение в сторону заострения и появления типичных наркологических черт, усиление внутренних психологических проблем, все более отчетливая недостаточная психическая адаптация. Длительное потребление ПАВ приводит к появлению пассивности и безынициативности, безразличия к своему внешнему виду, социальному положению [5]. По мере развития у подростка наркологических заболеваний происходят изменения коммуникативной сферы, которые состоят в том, что его социальные связи сужены до контактов с членами референтной аддиктивной группы [4].

Согласно исследованию Хилта [9], среди подростков с самоповреждающим поведением доля употребляющих ПАВ значительно выше, чем у подростков с нормативным поведением. Было обнаружено, что лица с самоповреждающим поведением в 46,7% случаев прибегают к употреблению алкоголя и наркотиков. В то время как процент употребляющих ПАВ без самоповреждения составил 4,4%. В других исследованиях [10] 59,6% прибегающих к самоповреждениям подростки проявляют признаки наркологических расстройств. Выявлена коморбидность самоповреждающего поведения при разных видах употребления ПАВ и имеются данные, что мысли о самоповреждении сопровождаются мыслями об употреблении ПАВ [3].

Таким образом, отсутствие достаточных личностных ресурсов у подростков, чтобы справиться с интенсивными переживаниями и эмоциональным дискомфортом зачастую приводит к употреблению психоактивных веществ как к одному из способов «решения проблемы». В результате формируется замкнутый круг, в котором вместо успокоения и расслабления ещё больше повышается состояние дистресса и агрессивности, что может ускорять переход суицидальных мыслей в действие и снижать способность к осознанной регуляции поведения.

Цель исследования – изучение клинико-психологических характеристик подростков, имеющих опыт потребления наркотических веществ и самоповреждающего поведения.

Материалы и методы. Исследование проводилось в период 2023-2024 г. в амбулаторных подразделениях СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница». В исследование были включены 116 несовершеннолетних нар-

копотребителей с установленным наркологическим диагнозом согласно МКБ-10: F.12.x- F.19.x., средний возраст составил $16,19 \pm 1,15$ лет, 53 юноши и 63 девушки. В качестве методов исследования были использованы: 1) Клинико-психологическая анкета и анализ медицинской документации; 2) Опросник Шмишека-Леонгарда; 3) Мотивы употребления наркотиков (Аксючиц И. В.); 4) Шкала семейного окружения (Куприянов С. Ю.); 5) Тест смысложизненных ориентаций (Леонтьев Д. А.). Статистический анализ проводился с использованием компьютерного пакета SPSS Statistics ver.27.0. В качестве описательных характеристик количественных и качественных данных использовались процентные соотношения, среднее и стандартное отклонение ($M \pm SD$), коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты. В ходе исследования были обнаружены характерные особенности потребления ПАВ у подростков. Так, наиболее распространенным является употребление нескольких наркотических средств: диагноз F.19.x наблюдается у 26 (43,3%) юношей и 34 (54,0%) девушек. Также распространено употребление психостимуляторов (F.15.x) – 11 (20,8%) юношей и 24 (38,1%) девушек предпочитали наркотические средства данной группы. Наименьшее количество подростков предпочитали потребление наркотических средств каннабиодной группы (F.12.x) – 15 (28,3%) юношей и 5 (7,9%) девушек соответственно. 53,4 % всех подростков обучаются в общеобразовательных школах, 9,6% – в коррекционных школах, учащихся лицеев и гимназий не было. При этом 12 (23,1%) юношей и 29 (46,0%) девушек отмечали, что подвергались буллингу со стороны одноклассников. 30 (57,7%) юношей и 36 (58,1%) девушек указывали на ограниченный круг общения из 1-4 близких друзей и нескольких знакомых. Лишь 28 (25,0%) подростков воспитывались в полной семье, 58 (51,8%) – воспитывались одним родителем (матерью), и 26 (23,2%) подростков были сиротами. Следует отметить, что для юношей характерно более раннее начало половой жизни ($M_{юноши} = 13,9 \pm 1,23$; $M_{девушки} = 14,75 \pm 1,57$; $p=0,013$). Отмечается достаточно ранний возраст первой пробы табака у подростков обеих групп ($M_{юноши} = 10,06 \pm 4,74$; $M_{девушки} = 10,56 \pm 4,94$ лет). Характерна схожесть первых проб алкоголя ($M_{юноши} = 12,26 \pm 3,11$; $M_{девушки} = 12,95 \pm 2,45$) и наркотических веществ ($M_{юноши} = 14,18 \pm 1,28$; $M_{девушки} = 13,58 \pm 1,51$ лет) у подростков обеих групп. 44 (37,9%) подростков указывали, что наносили себе самопорезы и увечья, из них 8 (15,1 %) юношей и 36 (57,1%) девушек.

Изучение индивидуально-психологических характеристик подростков с самоповреждающим поведением позволило определить некоторые их особенности.

Было обнаружено, что у подростков, с самоповреждающим поведением более выражены проблемные личностные качества, такие как демонстративность ($M_{самоповр} = 14,66 \pm 3,61$; $M_{без самоповр} = 12,63 \pm 3,92$;

$p=0,008$) и дистимность ($M_{\text{самоповр}}=10,36\pm 5,0; M_{\text{без самоповр}}=8,47\pm 4,75; p=0,05$). Для подростков обеих групп также характерны черты гипертимности ($M_{\text{самоповр}}=15,89\pm 8,24; M_{\text{без самоповр}}=15,85\pm 5,29$), аффективности ($M_{\text{самоповр}}=15,77\pm 6,20; M_{\text{без самоповр}}=13,82\pm 6,85$) и эмотивности ($M_{\text{самоповр}}=13,91\pm 4,10; M_{\text{без самоповр}}=13,87\pm 4,18$), которые могут существенно мешать межличностному общению и психолого-социальную адаптацию подростков.

При изучении оценки семейного климата значимых различий в группах подростков с самоповреждающим поведением и без, обнаружено не было, также не было выявлено различий по мотивации употребления наркотических веществ.

Средние показатели шкал составляющих общую осмысленность жизни по методике СЖО в обеих группах подростков- наркотерапевтов ПАВ имеют статистически значимые различия и находятся в диапазоне низких значений ($M_{\text{самоповр}}=89,66\pm 23,0; M_{\text{без самоповр}}=97,65\pm 16,48; p=0,04$). Статистически значимые различия наблюдаются по шкалам «Локус-контроля-Жизнь» ($M_{\text{самоповр}}=25,59\pm 5,92; M_{\text{без самоповр}}=28,11\pm 6,38; p=0,041$) и «Цели в жизни» ($M_{\text{самоповр}}=25,93\pm 7,93; M_{\text{без самоповр}}=29,26\pm 6,87; p=0,023$). У подростков без самоповреждающего поведения показатели по данным шкалам выше, что позволяет сделать вывод о несколько большей сформированности у них ценностно-смысловой сферы личности, наличии целей и уверенности в своих силах.

Анализ психологических характеристик подростков-наркотерапевтов с самоповреждающим поведением позволил выявить связи проблемных личностных черт со смысложизненными ориентациями, составляющими общую осмысленность жизни, представлен в Таблице 1.

Таблица 1
Связь проблемных личностных черт и смысложизненных ориентаций у подростков-наркотерапевтов с самоповреждающим поведением ($n=44$)

	Цели в жизни	Процесс	Результат	Локус Я	Локус Жизнь	Общая осмысленность
Педантичность		$ro=-0,355$ $p=0,018$	$ro=-0,403$ $p=0,007$		$ro=-0,424$ $p=0,004$	
Неуравновешенность	$ro=-0,309$ $p=0,041$	$ro=-0,368$ $p=0,014$	$ro=-0,512$ $p=0,001$	$ro=-0,322$ $p=0,033$	$ro=-0,436$ $p=0,003$	$ro=-0,370$ $p=0,014$
Гипертимность	$ro=0,452$ $p=0,002$			$ro=0,317$ $p=0,036$	$ro=0,328$ $p=0,03$	$ro=0,324$ $p=0,032$
Тревожность	$ro=-0,447$ $p=0,002$	$ro=-0,606$ $p=0,001$	$ro=-0,391$ $p=0,009$	$ro=-0,486$ $p=0,001$	$ro=-0,484$ $p=0,001$	$ro=-0,324$ $p=0,032$
Циклотимность				$ro=-0,306$ $p=0,043$	$ro=-0,346$ $p=0,021$	
Аффективность					$ro=-0,458$ $p=0,002$	

Полученные данные корреляционного анализа позволяют предположить, что выраженность таких характеристик личности как неуравновешенность, тревожность, эмоциональность и впечатлительность, а также циклотимность и склонность «застраевать» в переживаниях и стремление переложить ответственность снижают удовлетворенность процессом и результатами жизни, цели и веру в свои собственные силы, актуализируют фаталистическое восприятие настоящего. Общая осмысленность жизни снижается при выраженности черт тревожности и неуравновешенности, что выражается в плохом понимании себя, недостаточном осознании собственных целей и ощущении неудовлетворенности жизнью в целом.

При исследовании связи особенностей семейных отношений и смысложизненных ориентаций у подростков-наркотерапевтов с самоповреждающим поведением получены результаты, представленные в Таблице 2.

Таблица 2
Связь семейных отношений и смысложизненных ориентаций подростков-наркотерапевтов с самоповреждающим поведением ($n=44$)

	Конфликт	Независимость	Ориентация на достижения	Организация	Контроль
Цели в жизни	$ro=0,335$ $p=0,046$		$ro=0,374$ $p=0,025$	$ro=0,390$ $p=0,019$	$ro=0,491$ $p=0,002$
Процесс	$ro=0,500$ $p=0,002$			$ro=0,510$ $p=0,001$	$ro=0,394$ $p=0,017$
Результат	$ro=0,358$ $p=0,032$				
Локус – Я					$ro=0,336$ $p=0,045$
Локус – Жизнь	$ro=0,488$ $p=0,003$	$ro=0,346$ $p=0,039$		$ro=0,482$ $p=0,003$	
Общая осмысленность	$ro=0,488$ $p=0,003$		$ro=0,361$ $p=0,031$	$ro=0,504$ $p=0,002$	$ro=0,413$ $p=0,012$

Полученные данные позволяют предположить, что характер взаимоотношений в семье, возможность личностного роста, а также наличие управления семейной системой, воспринимаемые подростками со стороны родителей, связаны как с общей осмысленностью жизни, так и с ее составляющими: наличием целей в жизни, удовлетворенностью процессом и результатами жизни, ощущением возможности контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь.

Вместе с тем, анализ связи мотивов употребления наркотических веществ подростками с самоповреждающим поведением и степени иерархичности

семейной организации, ригидности семейных правил и контроля позволил обнаружить некоторые особенности. Так, показатель управления семейной системой «Контроль» связан со следующими мотивами потребления наркотических веществ: псевдокультурные ($ro=0,332$, $p=0,048$), атарактические ($ro=0,415$, $p=0,012$), гиперактивации ($ro= 0,499$, $p=0,002$), abstinentные ($ro= 0,434$, $p=0,008$) и аддиктивные ($ro= 0,338$, $p=0,044$). Полученные результаты связи мотивов потребления наркотических веществ и степени контроля со стороны родителей могут послужить одной из первостепенных мишеней для профилактических и психокоррекционных вмешательств, поскольку у подростков с самоповреждающим поведением формируется внутренняя картина, при которой наркотическое вещество может становиться особо привлекательным в ситуации противостояния контролю со стороны родителей.

Заключение. Исследование позволило описать подростков, злоупотребляющих наркотическими веществами и демонстрирующих самоповреждающее поведение. Так, было обнаружено, что степень контроля со стороны родителей связана псевдокультурными, атарактическими, гиперактивационными, abstinentными и аддиктивными мотивами потребления наркотиков. У подростков с самоповреждающим поведением более выражены демонстративность и дистимность, а ценностно-смысловая сфера личности является недостаточно сформированной, что выражается в неясных жизненных целях и фаталистическими взглядами на жизнь в целом. Это позволяет сделать вывод о необходимости включения семей подростков с наркопотреблением и самоповреждающим поведением в процесс реабилитации для достижения наиболее эффективного результата лечения и психологической помощи.

Список литературы

1. Астахова Л. Г., Буслаева Е. Н. Особенности развития личности современных подростков // European research. № 10 (11). 2015. С. 107-112.
2. Бисалиев, Р. В. Несуициальные формы аутоагрессивного поведения при аддиктивных расстройствах // Наркология. 2007. Т. 6. № 5(65). С. 62-74.
3. Григорьева А. А., Клименко Т. В. Самоповреждающее поведение подростков, связанное с употреблением психоактивных веществ: диагностика и профилактика в образовательной среде: Монография. – М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, 2021. 180 с.
4. Курбатова Е. С., Куренков И. А. Психологические особенности девиантного поведения подростков // Психология и педагогика служебной деятельности. 2019. № 1. С. 51-52
5. Курек Н. С. Нарушения психической активности и злоупотребление психоактивными веществами в подростковом возрасте. Санкт-Петербург: Алетейя, 2001. 225 с.

6. На пути к преступлению: девиантное поведение подростков и риски взросления в современной России : (опыт социологического анализа) / М. Е. Позднякова, Л. Н. Рыбакова, В. В. Мусеева Брюно [и др]. – Москва : Институт социологии Российской академии наук, 2012. 343 с.
7. Павлик Е. М., Кетенчева Е. С. Криминологическая характеристика лиц, осуждённых за незаконный оборот наркотических средств и психотропных веществ. Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. 2020. С. 118-122.
8. Сыроквашина К. В. Ошевский Д. С., Бадмаева В. Д. и др. Факторы риска формирования суициального поведения у детей и подростков (по результатам анализа региональных посмертных судебных экспертиз). [Электронный ресурс] // Психология и право. 2019(9). № 1. С. 71-84. doi: 10.17759/psylaw.2019090105
9. Hilt L. M., Nock M. K., Lloyd-Richardson E. E., Prinstein M. J. Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents: Rates, correlates, and preliminary test of an interpersonal model // The Journal of Early Adolescence. – 2008. Vol. 28. № 3. P. 455-469.
10. Nock M. K. Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment. – American Psychological Association. 2009.

ИНКОГЕРЕНТНЫЕ САМОУБИЙСТВА: В ПОИСКАХ СМЫСЛА И ЗНАЧЕНИЯ

БФ «Центр святителя Василия Великого», Санкт-Петербург

Аннотация. В статье описывается особый тип суицидальных действий, не имеющих эпистемологически выводимых смысловых связей с личностью, психическим расстройством, ситуацией и историей жизни жертв. Автором предложено именовать их инкогерентными самоубийствами. Приводятся отличительные черты данного типа самоубийств, иллюстрируемые наблюдением из экспертной практики.

Ключевые слова: инкогерентные самоубийства, безмотивность, психопатология, эпистемология, смысл, значение.

Kadis Leonid

INCOHERENT SUICIDES: IN SEARCH OF SENSE AND REFERENCE

St. Basil the Great Center, St. Petersburg, Russia

Abstract. The paper describes a specific type of suicidal acts that have no epistemologically deducible semantic links with personality, mental disorder, situation and life history of victims. The author proposes to call them incoherent suicides. Distinctive features of this type of suicides illustrated by the clinical example from forensic practice are given.

Keywords: incoherent suicides, motivelessness, psychopathology, epistemology, sense, reference.

Из обширной, клинически и психологически разнородной когорты случаев завершённых самоубийств, с которыми приходится сталкиваться в экспертной практике, выделяется особая группа наблюдений, отличительной чертой которых является полное отсутствие доступных анализу побудительных причин совершённых суицидальных действий.

Подобные самоубийства традиционно обозначались безмотивными и интерпретировались как проявления грубого психического расстройства. Так, рассматривая суицидальные идеации в качестве симптома, патогномоничного меланхолии, крупные британские психиатры Джон Чарльз Бакнилл и Дэниел Хэк Тьюк ещё в середине XIX столетия высказывали суждение, согласно которому «желание совершить самоубийство, ...если оно безмотивно, представляет собой один из самых верных признаков помешательства» [8, р. 323]. Такого рода парадигма в настоящее время выглядит одномерной, однако отход от биологического редукционизма не разрешил загадку «безмотивных» суицидальных действий.

Опираясь на практический опыт экспертной работы (ГБУЗ «ЛОЦПЗ»), попытаемся сформулировать характерные черты «немотивированных» самоубийств. К ним можно отнести отсутствие потенциально-наблюдаемых манифестных признаков суицидального риска в форме высказываемых суицидальных мыслей, замыслов и намерений, острого или протрагированного внутримысленного либо субъективно значимого межперсонального конфликта, а также актуального повода для совершения суицидальной попытки. Характерологические структуры подэкспертных, даже в случае их некоторой дисгармоничности, не выходят за пределы естественных возрастных и типологических особенностей и не препятствуют микросоциальной адаптации. Они не ослабляют внутриличностный антисуицидальный барьер, не влияют на смысловую оценку ситуации, предшествовавшей смерти, и, следовательно, не оказывают существенного влияния на поведение. Данные подэкспертные всегда признаются экспертной комиссией психически здоровыми.

Таким образом, подобные случаи демонстрируют непроявленность индивидуального смысла суицидальных действий; последние будто бы разворачиваются в смысловом вакууме, не будучи связанными ни с предшествующим опытом, ни с текущей жизненной ситуацией человека, ни с его личностным обликом, ни с имеющейся (вернее – отсутствующей) психопатологией. Однако обозначение их как безмотивных представляется неверным, поскольку самоуспокоительная констатация отсутствия мотивов как установленного факта противоречит клинической реальности в виде неизвестности, эпистемологической «недоступности» мотивации самоубийства. Мы предлагаем именовать их *семантически инкогерентными* или просто *инкогерентными* (от лат. *in* – не + *cohaerere* – сцеплять, связывать). Инкогерентность как свойство суицидальных действий не следует смешивать с импульсивностью; последняя является темпоральной характеристикой, отражающей кратковременную динамику пресуицидального периода. Импульсивные самоубийства нередко являются психологически понятными, выводимыми из опыта переживания острой и субъективно высокозначимой психической травмы или же объяснимыми содержанием психопатологической продукции. Приведём наблюдение.

Р., 17 л., окончил жизнь самоубийством путём прыжка с балкона 23-го этажа жилого дома. Согласно заключению СМЭ трупа, смерть наступила от несовместимой с жизнью тупой сочетанной травмы головы, грудной клетки, живота, таза, левых верхней и нижней конечностей, сопровождавшейся полным разрушением головного мозга. Все выявленные повреждения причинены по механизму тупой травмы и образовались от удара со значительной силой о твёрдый тупой предмет либо плоскость. При исследовании трупа не было выявлено каких-либо признаков, на основании которых можно было бы судить о приданом телу ускорении перед падением. При судебно-химическом иссле-

довании крови и стенки мочевого пузыря от трупа Р. этиловый спирт не обнаружен; тест-релевантных наркотических, лекарственных, ядовитых веществ во внутренних органах также не обнаружено.

Р. рос и развивался нормально, не отставая от сверстников. Со слов родителей подэкспертного следует, что беременность и роды у матери протекали без патологий, хроническими заболеваниями ребёнок не страдал, у врачей-специалистов на динамическом учёте не состоял. Детский сад и школу стал посещать по возрасту, с общеобразовательной учебной программой справлялся, однако учился неровно ввиду отсутствия интереса к преподаваемым дисциплинам. Ведущими индивидуально-психологическими особенностями Р. являлись эмоциональная лабильность с доминированием полюса повышенного настроения, возбудимость и склонность к реакциям эмансипации (черты смешанного гипертимно-неустойчивого круга).

По утверждению близких родственников и одноклассников Р., он никогда не заявлял о желании покончить с собой, при этом «у него было всё, в связи с чем он не мог даже задумываться о суициде». Внутрисемейные отношения подростка были гармоничны: ссоры, длительные конфликтные ситуации не возникали, «вниманием он обделён не был, всем необходимым его обеспечивали». Родственники подэкспертного также указывали, что на протяжении последнего времени у него не было остроконфликтных ситуаций, которые могли бы нарушить его психосоциальное функционирование. Значительных изменений в его поведении в период жизни, близкий к гибели, не отмечалось. Со слов отца Р. известно, что накануне самоубийства сын «ходил в кино, был весёлый». По показаниям заместителя директора учебного заведения, учителя Ц., подросток в день смерти «на первом уроке вёл себя спокойно, normally, разговаривал, улыбался».

Комиссия пришла к выводу, что Р. хроническим, времененным психическим расстройством, слабоумием, иным болезненным состоянием психики, лишающим его способности в полной мере понимать значение своих действий и руководить ими в период, предшествующий смерти, не страдал. Ответить на вопрос, находился ли он в психическом состоянии, предрасполагающем к самоубийству, не представлялось возможным.

Как видно из приведённого достаточно типичного примера, суициальный акт реализован на фоне спокойного суицидологического анамнеза и вне действия психогенных вредностей.

Проблема инкогерентных самоубийств, встречающихся в судебно-психиатрической и судебно-психологической практике, состоит в том, что они не оставляют специалисту пространства для экспертного гипотезирования. Ему остаются недоступны даже так называемые вероятностные выводы в силу того, что мера вероятности так или иначе определяется совокупностью объек-

тивных знаний о факторах суицидогенеза подэкспертного. Находясь в тупике диагностической неопределённости, клиницист может вынужденно пытаться логизировать алогичное поведение, например, расценивая самоубийство как потенциальное проявление манифестации эндогенного психического расстройства наподобие инициального деликта Штранского [9] или присваивая суицидальное значение межличностным конфликтам исходя из их априорной оценки как существенных для подэкспертного. Он отходит от феноменологически-ориентированного клинического мышления в сторону умозрительных и беспочвенных истолкований.

В этой связи уместно вспомнить разграничение Карлом Ясперсом внешнего и внутреннего смысла психических феноменов [7, с. 113-114], отчасти напоминающее разделение Готтлобом Фреге значения и смысла [5]. В случаях истинных инкогерентных самоубийств клиницист может лишь с большей или меньшей степенью достоверности наделять знак (поведенческий акт) предполагаемым значением, однако внутренний смысл, «жизненный смысл выбора смерти» [4], ему знать не дано.

Случаи инкогерентных самоубийств могут становиться испытанием даже для опытного эксперта, борющегося с искушением принять на себя роль «антроповеда» и свести всё многообразие причин человеческих поступков к предмету своей профессиональной компетенции (о подобном соблазне писал ещё Рюмке [3, с. 61-63]). Они не поддаются ни психологическому пониманию, ни каузальному объяснению. По мнению Ясперса, последнее бесконечно [7, с. 118] – и в этом состоит, мы полагаем, риск для специалиста. Стремясь непременно найти обоснование тому или иному поведенческому акту, он может не заметить, что каждый частный случай, в отличие от мыслимого идеального типа, имеет свои границы познаваемости.

Упомянем в завершение концепцию слоистости бытия, предложенную выдающимся феноменологом Николаем Гартманом и повлиявшую на формирование мировоззрения многих крупных клиницистов, например, Курта Шнайдера [6, с. 176]. Как утверждал Гартман, конструкция реального мира состоит из четырёх слоёв: физически-материального, органически-живого, душевного и исторически-духовного. «Каждый из этих слоёв, – замечал философ, – имеет свои собственные законы и принципы. Более высокий слой бытия целиком строится на более низком, но определяется им лишь частично. Метафизика, построенная на одном-единственном принципе или на одной-единственной группе принципов (как её раньше всегда конструировали), является поэтому невозможной. Все сконструированные картины единства мира неверны – как «метафизика снизу», так и «метафизика сверху» (исходя из материи или из духа). Существует естественная система мира, которая не является сконструированной. Её структуру можно найти в феноменах» [2, с. 322].

Очевидно, не все феномены способны стать предметом психопатологического и психологического анализа. Признание этого факта не есть констатация бесперспективности познания, но есть отказ от наивного редукционизма. В этом отношении мы могли бы повторить знаменитый тезис Людвига Витгенштейна: «О чём невозможно говорить, о том следует молчать» [1, с. 97].

Список литературы

1. Витгенштейн Л. Логико-философский трактат. М.: Издательство иностранной литературы, 1958. 133 с.
2. Гартман Н. Старая и новая онтология // Историко-философский ежегодник '88. М.: «Наука», 1988. С. 320—324.
3. Рюмке Х. К. Процветающая психиатрия в опасности // Рюмке Х. К. Избранные труды. М.: Грифон, 2022. С. 42—68.
4. Тихоненко В. А. Жизненный смысл выбора смерти // Человек. 1992. № 6. С. 19—29.
5. Фреге Г. О смысле и значении // Фреге Г. Логика и логическая семантика: Сборник трудов. М.: Аспект-Пресс, 2000. С. 230—246.
6. Шнайдер К. Клиническая психопатология. Киев: Сфера, 1999. 236 с.
7. Ясперс К. Каузальные и «понятные» связи между жизненной ситуацией и психозом при *dementia praecox* (шизофрении) // Ясперс К. Собрание сочинений по психопатологии в 2 тт. Т. 2. М.: Издательский центр «Академия»; СПб.: «Белый кролик», 1996. С. 112—250.
8. Bucknill J. C., Tuke D. H. A Manual of Psychological Medicine. London: John Churchill, 1858. VIII, 562 p.
9. Stransky E. Das Initialdelikt // Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 1950. Bd. 185. S. 395—413.

Карташева М. В.¹, Суханова М. О.², Чуканова А. В.³

СПЕЦИФИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ: ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И ПРАКТИКА

Центр изучения расстройств пищевого поведения¹;
Московский государственный психолого-педагогический университет²;
ГБУ «Московская служба психологической помощи населению» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы³, Москва

Аннотация. В статье описаны основные особенности подросткового возраста и связанные факторы риска возникновения суицидального поведения у подростков. Отражены основные принципы оказания психологической помощи подросткам с суицидальным поведением, описан опыт реализации этих принципов в индивидуальной и групповой психологической работе с подростками.

Ключевые слова: подростковый возраст, суицидальное поведение, психологическая помощь.

Kartasheva M. V.¹, Sukhanova M. O.², Chukanova A. V.³

SPECIFICS OF PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO ADOLESCENTS WITH SUICIDAL BEHAVIOR: BASIC PRINCIPLES AND PRACTICE

Center for the Study of Eating Disorders¹;
Moscow State University of Psychology & Education²;
SBI “Moscow Psychological Assistance Service for the Population” of the Department of Labor and Social Protection of the Population of Moscow³, Russia

Abstract. The article describes the main features of adolescence and associated risk factors for the emergence of suicidal behavior in adolescents. The main principles of providing psychological assistance to adolescents with suicidal behavior are reflected, the experience of implementing these principles in individual and group psychological work with adolescents is described.

Keywords: adolescence, suicidal behavior; psychological help.

Вопрос оказания психологической помощи подросткам с суицидальным и антивитальным поведением является с одной стороны чрезвычайно важным для специалистов помогающих профессий и родителей, с другой стороны деликатность этой темы отличает ее от других видов психологических проблем, создавая определенную специфику в работе психолога.

Для обращения к этой теме рассмотрим основные характеристики подросткового возраста, которые обостряют уязвимость развивающейся личности к формированию антивитального и суицидального поведения.

Большинство исследователей относят подростковый возраст к числу критических периодов онтогенеза. В отличие от ребенка, характерным для

подростка становится формирующееся чувство «взрослости», что находит свое выражение в стремлении к самостоятельности, автономии, которые, по известным причинам, не могут осуществиться до конца. К. Левин связывал причины конфликтного типа развития подростков с их «переходным» положением в обществе. От ребенка требуют послушания, от взрослого – инициативы и самостоятельности. Контрастность детства и взрослости, между которыми находится подросток, порождает внешние и внутренние конфликты. С. Холл считал содержанием развития в подростковом возрасте кризис самосознания, преодолев который человек приобретает «чувство индивидуальности». Ш. Бюлер описывала подростковый возраст через категорию пубертатности. «Психическая пубертатность», в ее понимании, связана с вызреванием особой биологической потребности – «потребности в дополнении». Процессы полового созревания вырывают подростка из состояния покоя и самодостаточности. И. С. Кон отмечает, что возможность выделить, осознать свои личные качества, удовлетворить стремление к саморазвитию подросток получает в системе взаимодействия с «миром людей». Этот мир воспринимается подростком с помощью взрослых. Подросток ждет от них понимания, доверия. Если эти потребности не удовлетворяются, в ответ появляются грубость, замкнутость, негативизм, упрямство. Согласно Э. Эриксону, подросток уже сталкивается с необходимостью решать реальные взрослые задачи. Однако его прежде всего заботит то, как он выглядят в глазах других, и как эта картина соотносится с его собственными представлениями. В целях достижения нового чувства тождественности подростку приходится интегрировать новые части в свою идентичность. Происходит временная сверхидентификация, часто со «звездами» и «героями» из референтной для них группы.

Отношения со сверстниками находятся в центре жизни подростка, имея сильное влияние на все стороны деятельности. Это подкрепляется и повышенной конформностью подростков к группам сверстников. Результатом развития рефлексии становится то, что подростки начинают усматривать в сложностях и успехах процесса общения особенности своей личности. Неблагополучие в удовлетворении потребности в близости порождает тяжелые переживания, является личной драмой. Заинтересованность подростка в уважении и принятии сверстников делает его чутким к их мнениям и оценкам.

Общение со взрослым может быть еще более насыщено проблемами. Это связано с тем, что взрослые пытаются сохранять подходящие для детского возраста формы контроля, подросток же нуждается в том, чтобы родители видели в них равноправных партнеров в общении. Если эта потребность оказывается фruстрированной, это рождает конфликты [8].

Итак, подростковый возраст описывается как критический, переломный. Положение подростков в обществе амбивалентно. Процесс социализа-

ции в подростковом возрасте включает в себя уход от родительской опеки, включение в группу сверстников, построение разнообразных отношений с представителями своего и противоположного пола. Подросток осваивает морально-этические нормы через включение в широкий контекст социальных отношений, через взаимодействие с «миром людей». Через ведущий тип деятельности – общение реализуется развитие подростка, развитие его личности, в этой же сфере, в сфере контактов с другими людьми проявляется и особая уязвимость подростка.

Теперь рассмотрим факторы риска, специфические для формирования суициального поведения в подростковом возрасте. Это стандартные для такого анализа семейные, социальные и психологические факторы, при этом имеющие специфические именно для подросткового возраста черты.

Такие семейные факторы как: конфликтные отношения в семье, развод родителей, оскорбительное отношение к ребенку, жесткая дисциплина, чрезмерный или недостаточный контроль, потеря одного из членов семьи, девиации членов семьи подрывают ощущение базовой безопасности у ребенка, формируют эмоциональную неустойчивость. Следствием этого могут стать дезадаптивные паттерны поведения как реакция на кризисные события и переживания [5]. Также качество отношений с матерью является важным аспектом в антивитальном и суициальном поведении подростков. Согласно результатам исследования Польской Н. А. и коллеги, в большинстве случаев подростки именно у матери ищут помощи, совершив суициальную попытку, именно ей сообщают о суициальном намерении или предпринятой попытке самоубийства. Таким образом, качество связи с матерью может стать как мощным протективным фактором, так и фактором высокого риска суициального поведения подростка [6].

К социальным факторам риска возникновения суициального поведения подростков относят: смену учебного заведения, смену места жительства, буллинг, низкий материальный уровень. Все вышеперечисленные факторы предполагают под собой риск разделенности с референтной группой, что может приводить к социальной изоляции, нарастающему чувству одиночества, дезадаптации. Подростки оказываются дезадаптивными, неспособными защититься, выдержать напряжение субъективно сложных жизненных обстоятельств, правильно обозначить, воспринять и контейнировать полученный негативный опыт [2].

Отдельным фактором возникновения риска суициального поведения является возникшая «романтизация» суицидов в подростковой среде. Отчасти это происходит путем формирования тематических сетевых ресурсов, пропагандирующих самоубийство, а также доступностью информации о способах и методах совершения суицида в сети интернет [4].

К возрастно-психологическим факторам риска относят: инфантилизм, негативизм, обидчивость, ранимость, импульсивность, подозрительность, чрезмерную раздражительность, агрессивность, внушаемость, возникающее переживание собственной несостоятельности, ненужности и отсутствия смысла жизни, неспособность преодоления проблем и трудностей, тенденцию «жить в мире иллюзий и фантазий» [7].

Также как фактор риска для определенных групп подростков выделяются характерологические особенности. Согласно исследованиям В. С. Ефремова, существует прямая взаимосвязь между акцентуациями характера и типом, мотивом и целями суицидальных попыток. Так, например, около 30% подростков, демонстрирующих суицидальное поведение, имеют акцентуации шизоидных черт характера, а суицидальные действия, совершаемые психастениками, заранее продуманы и рассчитаны на зрителя, как и суицидальные действия сенситивных подростков, которые часто бывают внезапны для окружающих [3].

Также рост числа суицидальных попыток у определенных групп госпитализированных пациентов сопровождается большей выраженностью таких дезадаптивных личностных черт, как трудности в регуляции аффекта, недоверие к социуму, ожидание предательства и отвержения, сочетающихся с чрезмерной чувствительностью к оценке окружающих, чувством неуверенности, тревоги, которые могут приводить к социальной фобии и депрессии и мешать потребности в самореализации и самосовершенствовании [10].

Учитывая особенности подросткового возраста, специфические задачи и социальную ситуации развития, анализируя факторы риска возникновения суицидального поведения в этом возрасте, можно сформировать мишени для психологической работы, а также обратить внимание на особенности психотерапевтического альянса и комплаентности подростков к получению психологической помощи. Задачей при оказании психологической помощи подросткам с суицидальным поведением является внедрение комплексного подхода. Здесь идет речь о необходимости одновременно воздействовать на максимальное количество возможных и доступных формирующих его факторов: специфику пубертата, особенности психического статуса, семейную ситуацию, социальное окружение, усвоенные паттерны поведения [1].

Учитывая основные принципы оказания психологической помощи подросткам с суицидальным поведением, опишем наблюдаемые эффекты и специфические черты этой работы. Когда речь идет о реабилитации подростка после суицидальной попытки в условиях клиники, стоит учитывать, что это процесс, с психологической точки зрения подразумевающий переосмысление подростком собственной жизни, выстраивание новых поведенческих стратегий, при этом основывающийся на уже имеющемся жизненном опыте. Тогда

пространство психотерапии и сам психотерапевтический контакт необходимо выстраивать определенным образом. С одной стороны, предстоит классическая задача – организовать безопасную и принимающую среду, в которой нет места для осуждения, порицания, где полностью принимаются переживания и история жизни подростка. Также стоит учитывать, что подростковая психотерапия неминуемо несет задачу «воспитательную», учитывая еще формирующуюся личность клиента, а задачи реабилитации задают психокоррекционное направление работы. Психологу часто приходится балансировать между своей профессиональной позицией и ролью педагога, наставника, авторитетного лица и иногда даже товарища. Именно подобное сложное сочетание ролевых позиций зачастую обеспечивает наиболее надежный контакт между специалистом и подростком. Такие особенности психотерапевтического контакта обусловлены тем, что подросток переживает кризисную ситуацию, возрастные особенности ограничивают возможности к рефлексии и совладанию в трудных ситуациях, наконец, в условиях клиники, довольно часто пациенты не мотивированы на получение психологической помощи, не обращены к психотерапевтическому контакту. Становится важно учитывать направленность переживаний подростка, адресованность его переживаний к определенным фигурам, значимым другим [10].

«Ролевые пропорции» в альянсе должны меняться соответственно личности подростка таким образом, чтобы скомпенсировать трудности, и при этом предоставить соответствующий тип взаимодействия, в котором возможны продуктивные изменения. Иными словами, мы не можем однозначно охарактеризовать образ психолога как четкого, структурированного и направляющего или, напротив, мягкого, принимающего и лояльного. Все будет зависеть от потребностей конкретного подростка. На консультациях довольно часто идет речь о ненормальности, невозможности, неприемлемости собственных эмоций и мыслей, жизненных событий, вариантов будущего, что и формирует ситуацию кризиса и невозможности. Тогда перед психологом стоит задача показать многообразие доступных вариантов осмыслиения ситуации с учетом ресурсов и опор, доступных подростку.

Важную роль в психологической помощи подросткам занимает сочетание различных форматов групповой работы. Согласно нашему опыту, сочетание в одной программе психологической помощи групп взаимоподдержки, тренинговых и психообразовательных групп с возможностью для подростка выбирать для себя наиболее подходящий формат и частоту посещения показывает высокую эффективность и включенность со стороны участников.

Группы взаимоподдержки решают для подростка задачу «быть услышанным», появляется возможность соотнести с релевантным опытом сверстников. Таким образом преодолевается изолированность в своих переживаниях,

отличие от других по негативному признаку, одиночество. В таких группах со стороны психолога важны управление групповым процессом и ходом обсуждения. При специфическом для подростков уровне рефлексии и возможностям к саморегуляции возникает вероятность «патологической» нормализации дезадаптивного и небезопасного поведения, акцент в обсуждении может сместиться в сторону непродуктивного «шеринга», поэтому задача психолога на таких группах держать фокус на взаимоподдержке в разрешении трудностей.

Следующий формат, показывающий высокую эффективность – это тренинговые группы и группы навыков. Здесь есть возможность наблюдать довольно свободный формат работы с широким разнообразием тем. Хорошо показывают себя занятия, где у подростков есть возможность через нетривиальные задачи и их решение увидеть суть своих проблем и индивидуальные траектории их разрешения. Недостаточно просто поместить подростка в ситуацию тренинга, его необходимо лично заинтересовать в процессе, так могут стать доступны новые поведенческие акты и модели. Тут предложенные упражнения будут стремиться к игровым формам. Таким образом заметно снижается тревога участников, возрастает открытость новому опыту, появляется разнообразие действий и решений.

Рассмотрим группы психообразования, по формату и содержанию они похожи на лекционные и семинарские занятия, на которых подросткам предлагается разобрать разнообразные темы и вопросы, подискутировать и поразмышлять о них. Причем темы с легкостью задаются самими подростками, от психолога иногда требуется корректировка и обобщение. Открытость и спонтанность ведущего с одной стороны, и участие в формулировании темы с другой помогают обеспечить безопасность группового обсуждения и включенность подростков в дискуссию. Стоит дать место для самых разнообразных вопросов, даже если они напрямую не будут касаться реабилитации, это связано с тем, что подростки часто не могут выявить сферы жизни, в которых заметно негативное влияние на их состояние. Очень часто предоставление информации, напрямую не касающейся проблемной ситуации с предложением подумать о ней в рамках собственной истории приводит подростка к инсайтам и формулированию новых запросов и мишеней для дальнейшей терапии. Есть темы, которые пользуются среди подростков неизменной популярностью: буллинг, абызивные отношения, чувство вины, самоопределение.

Задачи и специфика психологической помощи обуславливаются особенностями формирующейся личности подростка, его «особым» социальным статусом, деликатностью этой темы для семьи подростка, специфическими факторами риска. Эту специфику подросткового суицидального поведения важно учитывать при планировании и осуществлении психологической помощи.

Список литературы

1. Безменов П. В., Басова А. Я., Дейч Р. В., Северина Ю. В. *Опыт работы Клиники кризисной помощи ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой» // Consortium Psychiatricum.* - 2022. - Т. 3. - №4. - С. 80-88. doi: 10.17816/CP218 (<https://doi.org/10.17816/CP218>)]
2. Быкова В. И., Полухина Ю. П., Львова Е. А., Фуфаева Е. В., Валиуллина С. А. *К вопросу о суициальном поведении подростков - реалии скоропомощного стационара // Консультативная психология и психотерапия.* 2023. Том 31. № 2. С. 68–83. DOI: 10.17759/cpp.2023310203
3. Ефремов В. С. *Основы суицидологии.* – СПб.: Диалект, 2004.
4. Мишина Т. М. *Исследование семьи в клинке и коррекция семейных отношений // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике /* Т. М. Мишина – Л., 1988. – С.255-281.
5. Копытин А. И. *Основные направления профилактики суицидального поведения подростков. Методические рекомендации – СПб.: СПБАППО, 2021.* – 36 С.
6. Мишина Т. М. *Исследование семьи в клинке и коррекция семейных отношений // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике /* Т. М. Мишина – Л., 1988. – С.255-281.
7. Польская Н. А., Якубовская Д. К., Шарова Д. А., Басова А. Я. *Роль межличностных отношений в суициальном поведении подростков: качественный анализ результатов полуструктурированного интервью [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология.* 2024. Том 13. № 3. С. 141–165.
8. *Профилактика суицидального поведения среди детей, подростков и юношества (для родителей, педагогов). Методические рекомендации/ Сост. Тарасова Н. Н. – Петрозаводск: ГОУ РК «Центр диагностики и консультирования», 2010 - 18 с.*
9. Суханова М. О. *Особенности сопереживания на разных этапах подросткового возраста: автореф. вып. квалиф.: магист. дис.: работы: Направление 37.04.01. «Психология». Магистерская программа «Детская и семейная психотерапия»/ Моск. гос. психолого-пед. ун-т. М., 2017. 10 С. URL: <http://psychlib.ru/inc/absid.php?absid=355595>*
10. Суханова М. О., Шерягина Е. В. *Адресованность переживания в диалогической структуре психологического консультирования. // Тенденции развития науки и образования.* - 2024. - № 109-4. - С. 37-40. - DOI 10.18411/trnio-05-2024-173.
11. Холмогорова А. Б., Суботич М. И., Корх М. П., Рахманина А. А., Быкова М. С. *Дезадаптивные личностные черты и психопатологическая симптоматика у лиц с первой попыткой суицида и хроническим суицидальным поведением // Консультативная психология и психотерапия.* 2020. Том 28. № 1. С. 63–86. DOI: 10.17759/cpp.2020280105

Кастальская-Бородина А.А.

ПАРНЫЕ САМОУБИЙСТВА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, Москва

Аннотация. Представлены результаты исследования 9 случаев парных суицидов среди подростков, заключивших суицидальный пакт. Отмечен вклад Интернета, выявлены особенности мотивационно-смысловой сферы.

Ключевые слова: суицидальное поведение, подростковый возраст, парные самоубийства.

Kastalskaya-Borozdina A.A.

PAIRED SUICIDE AMONG ADOLESCENTS

V.P. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

Abstract. Here we provide data from a study of 9 cases of paired suicides of adolescents with suicide pact. The contribution of the Internet was noted, and the features of the motivational and semantic sphere were revealed.

Keywords: suicidal behavior, adolescence, paired suicide.

Парные или диадические самоубийства – это относительно редкая форма суицидального поведения, в которой участвует группа (двух и более) людей, включая самоубийства с суицидальным соглашением (пактом), а также постгомицидные самоубийства [1]. Количество работ, посвященных изучению данного феномена, существенно ограничено, что определяет значимость его исследований.

Материалы и методы. За период исследования было проанализировано 9 случаев (17 человек) парных самоубийств подростков, заключивших соглашение о совместном суициде. Возраст несовершеннолетних: от 13 до 18 лет. Анализ проводился на основе исследования документации посмертных КСППЭ, проведенных в период 2014-2023 гг. на базе ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. При обработке данных использовались методы описательной статистики и качественного анализа.

Результаты проведенного исследования демонстрируют, что приблизительно в половине случаев (44%) оба подростка, заключивших соглашение о совместном суициде, вели внешне упорядоченный образ жизни, не имели конфликтов с окружающими (как в семейной сфере, так и в школьной среде). Во всех случаях между участниками суицидального договора устанавливались эмоционально-близкие взаимоотношения, в то время как общение с окру-

жающими могло отсутствовать вовсе либо носить поверхностный характер, несмотря на внешнюю коммуникативную активность.

Вклад Интернета. Сетевое пространство в первую очередь выступало площадкой для знакомств и общения между подростками. При этом трудности контроля онлайн-активности позволяли беспрерывно и бесконтрольно взаимодействовать друг с другом, в том числе – заниматься планированием совместного ухода из жизни, обмениваться суицидальным контентом, самостоятельно посещать сайты суицидальной направленности либо изучать мистический контент, транслирующий искаженные представления о смерти. Четыре ребенка (24%) предположительно были вовлечены в группы смерти.

Мотивационно-смысловая сфера. Анализ случаев позволил выделить мотивы парного ухода из жизни, а также личные мотивы суицида. Желание совершить самоубийство совместно с кем-то зачастую было обусловлено стремлением преодолеть внутренние страхи и сопротивление перед реализацией суицида (мотив преодоления страха), при этом собственные причины ухода из жизни у каждого отдельного подростка различались (неразделенная любовь, внутренние и внешние конфликты, тягостные переживания и др.). Единство общего содержания представлений о смерти, а также личных причин суицида и мотивов парного самоубийства отмечалось при романтических мотивах, когда парный суицид выступал символом любви, выражал стремление быть вместе в вечности после смерти (2 случая, составили 22%) и при фантазийных мотивах, когда у суицида была какая-то нереалистичная, мистическая цель (к примеру, переход в астральный мир) (2 случая, составили 22%).

Выводы. Полученные результаты позволяют говорить о том, что парные самоубийства по соглашению не являются однородной группой и имеют свои особенности, вместе с тем, требуются дальнейшие исследования данного феномена, что имеет высокое экспертное и профилактическое значение.

Список литературы

1. Prat S., Rérolle C., Saint-Martin P. Suicide pacts: six cases and literature review // J Forensic Sci. 2013. DOI: 10.1111/1556-4029.12056.

Кидяева А.В.^{1,2}, Насырова Р.Ф.

ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ В ОПТИМИЗАЦИИ АНТИДЕПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии
им. В. М. Бехтерева, Санкт-Петербург¹;

Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца², Санкт-Петербург;
Алтайский государственный медицинский университет³, г. Барнаул

Аннотация. Антидепрессивная терапия продолжается в течение многих месяцев, что делает важным выбор препаратов с максимальной эффективностью и минимальным риском нежелательных реакций. Фармакогенетическое тестирование (ФГТ) позволяет выявить полиморфизмы генов, связанных с метаболизмом и транспортом антидепрессантов и таким образом снизить риск серьезных осложнений при подборе терапии.

Ключевые слова: антидепрессант, фармакогенетическое тестирование, цитохром Р450, Р-гликопротеин.

Kidyaeva A. V.^{1,2}, Nasyrova R. F.^{1,2,3}

PHARMACOGENETIC TESTING IN OPTIMIZATION OF ANTIDEPRESSANT THERAPY

Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology¹;
St. Petersburg State Psychiatric Hospital of St. Nicholas², St. Petersburg
Altai State Medical University³, Barnaul, Russia

Abstract. Antidepressant therapy continues for many months, which makes it important to select drugs with a minimal risk of adverse reactions. Pharmacogenetic testing (PGT) can identify polymorphisms of genes associated with the metabolism and transport of antidepressants and reduce the risk of serious complications.

Keywords: antidepressant, RGx, cytochrome P450, P-glycoprotein.

Введение. Пациенты с психическими расстройствами имеют меньшую продолжительность жизни по сравнению с общей популяцией. Депрессивный эпизод входит в число наиболее распространенных психических расстройств, снижает качество жизни, повышает частоту суицидных попыток и общую смертность. Антидепрессанты незаменимы для терапии депрессивного эпизода, однако их применение требует тщательного подбора с учетом эффективности и безопасности.

Цель – оценить роль ФГТ в оптимизации антидепрессивной терапии.

Результаты и обсуждение. Генетические факторы играют значительную роль в вариабельности ответа на лечение. Большинство психотропных препаратов метаболизируются изоферментами цитохрома Р450, преиму-

щественно, CYP1A2, CYP2D6, CYP3A4, активность которых генетически детерминирована. В зависимости от скорости метаболизма выделяют пять фенотипов: экстенсивный, медленный, промежуточный, быстрый и ультрабыстрый метаболизаторы. У 30% европеоидов наблюдается медленный или промежуточный метаболизм, что повышает риск нежелательных реакций при эмпирическом назначении препаратов. Также важную роль играет активность Р-гликопротеина, обуславливающего транспорт лекарств в направлении головной мозг-кровь. Его повышенная активность может приводить к фармакорезистентности, а сниженная – к накоплению препарата в ЦНС и увеличению риска нежелательных реакций [2].

ФГТ, основанное на полимеразной цепной реакции, позволяет персонализировать терапию, выбирая оптимальные препараты и дозы. Оно помогает прогнозировать ответ на лечение и риск нежелательных реакций. ФГТ может проводиться в двух форматах: предиктивном (до назначения антидепрессанта) и реактивном (в процессе терапии). Предиктивный подход более экономически и клинически оправдан, так как сокращает затраты на лечение, ускоряет достижение терапевтического эффекта, снижает сроки госпитализации и риск рецидивов [1].

Заключение. Предиктивное ФГТ рекомендуется для оптимизации подбора антидепрессивной терапии. Это позволяет достичь баланса между эффективностью и безопасностью терапии, минимизировать риск осложнений, сократить сроки госпитализации и снизить затраты на лечение.

Список литературы

1. Avilov A.Yu., Kidyaeva A. V., Vaiman E. E. Predictive Pharmacogenetic Testing in Psychiatry: Pros and Cons. // Personalized Psychiatry and Neurology. - 2024. - Vol.4, №1. - P. 40-49. DOI: 10.52667/10.52667/2712-9179-2024-4-1-40-49
2. Shnayder N. A., Kidyaeva A. V., Vaiman E. E. et al. Role of Pharmacokinetics and Pharmacogenetics of Antidepressant-Induced Prolongation of the QT Interval and Torsade de Pointes in Patients with Mental Disorders // Personalized Psychiatry and Neurology. - 2023. - Vol. 3, № 2. - P. 72-119. DOI: 10.52667/2712-9179-2023-3-2-72-119

Кислых Э.А.

ПСИХОДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Центр психолого-педагогической поддержки и развития детей, г. Воронеж

Аннотация: в соответствии с письмом Минпросвещения России от 11.08.2023 N АБ-3386/07, ведется наблюдение за детьми ветеранов и участников специальных операций для выявления склонности к суицидальному поведению. Мониторинг проводится каждые три месяца с участием педагогов, психологов и специалистов из региональных психологических центров, на его основе построено исследование и сделаны выводы.

Ключевые слова: суицидальное поведение, мониторинг психологического состояния детей ветеранов (участников) СВО; алгоритмом сопровождения детей ветеранов (участников) специальной военной операции.

Kislykh E. A.

PSYCHODIAGNOSTICS OF SUICIDA BEHAVIOR

Center for Psychological and Pedagogical Support and Development of Children, Voronezh, Russia

Abstract. in accordance with the letter of the Ministry of Education of the Russian Federation dated 11.08.2023 N AB-3386/07, children of veterans and participants of special operations are being monitored to identify suicidal tendencies. Monitoring is carried out every three months with the participation of teachers, psychologists and specialists from regional psychological centers, based on which a study is built and data inputs are made.

Keywords: suicidal behavior, monitoring of the psychological state of children of veterans (participants) of SVO; algorithm for accompanying children of veterans (participants) of a special military operation.

В последние годы мы всё чаще слышим о случаях суицида среди детей и подростков. И причина этих трагедий – не катастрофы, аварии или болезни, а желание уйти из жизни. Суицид занимает третье место среди причин детской смертности. Особенно опасен возраст 14–16 лет, когда подростки наиболее подвержены суицидальным мыслям. Но даже дети младше 11 лет могут думать о самоубийстве, особенно в моменты отчаяния и непонимания со стороны близких.

Сегодня Россия занимает одно из первых мест в мире по количеству детских и подростковых самоубийств. Средний показатель этих случаев в нашей стране более чем в три раза превышает мировой коэффициент. Каждый двенадцатый подросток в возрасте от 13 до 20 лет в России ежегодно предпринимает попытку покончить с собой.

24 февраля 2022 года началась специальная военная операция на территории Украины, Донецкой и Луганской Народных Республик. Её цель понятна и благородна, но есть и те, кто испытывает неопределённые эмоции из-за происходящего. Стресс, вызванный ситуацией, может быть настолько сильным, что с ним не всегда могут справиться даже взрослые люди.

Дети, живущие в приграничных районах, испытывают в два раза больше стресса из-за изменения привычного уклада жизни. Особенно это касается ближайшего окружения – семьи. Родители переживают, нервничают и не всегда понимают, как их эмоции влияют на детей.

Детей увозят из опасных зон, но проживание в пункте временного размещения, дистанционная учёба, смена социальной среды, где нет близких друзей – всё это влияет на накопление стресса и может привести к развитию суицидального поведения.

По определению Всемирной организации здравоохранения, суицид – это преднамеренные действия человека, направленные на лишение себя жизни.

Суицидальное поведение – это любые внутренние и внешние проявления психических актов, связанных с мыслями о самоубийстве. При диагностике суицидальных проявлений у подростка педагогу-психологу важно учитывать как внутренние, так и внешние проявления.

Внутренние проявления суицидального поведения – это мысли, представления, переживания, а также тенденции к самоубийству, которые можно разделить на замыслы и намерения. Целесообразно выделить особую, недифференцированную «почву» в виде антивитальных переживаний. К ним относятся размышления об отсутствии ценности жизни, которые выражаются в формулировках типа «жить не стоит», «не живёшь, а существуешь». На этом этапе ещё нет чёткого представления о собственной смерти, а есть отрицание жизни.

Первая ступень – пассивные суицидальные мысли – это представления и фантазии о своей смерти, но не о самоубийстве как о самопроизвольном действии.

Вторая ступень – суицидальные замыслы – это активная форма проявления суицидальности, то есть тенденция к самоубийству, глубина которой увеличивается по мере разработки плана её реализации. Продумываются способы самоубийства, время и место действия.

Третья ступень – суицидальные намерения – это присоединение к замыслу волевого компонента, который побуждает к непосредственному переходу во внешнее поведение.

Внешние проявления суицидального поведения включают в себя попытки самоубийства и завершённые самоубийства. Согласно рекомендациям ВОЗ, суицидальные попытки определяются как «непривычное действие

с неletalным исходом, задуманное или осуществлённое человеком, который предполагает или рискует умереть или причинить себе физический вред, чтобы осуществить желаемые изменения». Однако, согласно этому определению, к суициdalным попыткам можно отнести и некоторые формы самоповреждающего поведения, поэтому целесообразно использовать определение, предложенное А.Г. Амбрумовой (1980): «суициdalная попытка – это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью».

Риск суицида определяется сочетанием потенциальных (долгосрочных), стрессовых (триггерных), краткосрочных (позиционных) и статусных (краткосрочных) факторов развития суициdalного поведения.

В соответствии с письмом Министерства просвещения Российской Федерации от 11.08.2023 № АБ-3386/07 «О направлении Алгоритма» (вместе с «Алгоритмом сопровождения в дошкольных образовательных, общеобразовательных, профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования детей ветеранов (участников) специальной военной операции, обучающихся в соответствующих организациях, в целях оказания таким детям необходимой помощи, в том числе психологической») в настоящее время ведётся тщательное наблюдение за учащимися, которые пережили травмирующий или шокирующий опыт. В этом процессе участвуют не только педагоги и классные руководители, но и весь психологический отдел школы, а также специалисты из региональных психологических центров.

Каждые три месяца проводится мониторинг психологического состояния детей, родители которых принимали участие в специальной военной операции. Это позволяет выявить наличие у них посттравматического стрессового расстройства. В алгоритме 5 пункт посвящен склонности к суициdalному поведению и включает следующие критерии: «подавленность, отрешенность, апатия, прямые высказывания о намерении ухода из жизни, размышления об отсутствии ценности жизни, повышенная чувствительность к словам других людей».

На основе мониторинга психологического состояния детей ветеранов (участников) СВО по Воронежской области мы провели исследование.

По состоянию на сентябрь 2024 года общее количество обучающихся из семей ветеранов (участников) СВО в образовательных организациях Воронежской области составляет 10031 человек, по состоянию на февраль 2025 количество обучающихся из семей ветеранов (участников) СВО в образовательных организациях Воронежской области выросло и составило 12390 человек, из них:

Таблица 1

Распределение общего количества обучающихся детей ветеранов (участников) в зависимости от уровня образования, в чел. (сравнение 09.2024 и 02.2025)

Общее количество		ДОО		Общеобразовательные организации, кадетские корпусы, интернаты (ОО)						СПОО, под-ведомственные МО ВО	
				1-4 классы		5-9 классы		10-11 классы			
Сен-тябрь	Февраль	Сен-тябрь	Февраль	Сен-тябрь	Февраль	Сен-тябрь	Февраль	Сен-тябрь	Февраль	Сен-тябрь	Февраль
10031	12390	2351	3301	3047	4137	3567	4846	372	508	694	721
								6986		8368	

Таблица 2

Основания включения обучающихся детей ветеранов (участников) СВО в группу ПППВ, в % (сравнение 09.2024 и 02.2025)

Основание отнесения к группе ПППВ	ДОО		Общеобразовательные организации, кадетские корпусы, интернаты (ОО)						СПОО, под-ведомственные МО ВО	
			1-4 классы		5-9 классы		10-11 классы			
Склонность к суициdalному поведению	Сен-тябрь	Февраль	Сен-тябрь	Февраль	Сен-тябрь	Февраль	Сен-тябрь	Февраль	Сен-тябрь	Февраль
	0	0	0	0,38% (1)	0	0,84% (3)	0	0	0	0

Численность детей с риском склонности к суициdalному поведению выросла на 1,22% (4 человека), что может быть связано с различными социальными и демографическими факторами, включая миграционные процессы или изменяющиеся обстоятельства вокруг семей ветеранов.

В соответствии с «Концепцией развития психологической службы в системе образования в Российской Федерации на период до 2025 года (утв. Минобрнауки России от 19.12.2017)» целью деятельности Службы должно стать профессиональное (психологическое, психолого-педагогическое, социальное) обеспечение решения стратегических задач развития образования Российской Федерации, направленное на сохранение и укрепление здоровья обучающихся, снижение рисков их дезадаптации и негативной социализации.

В связи с этим алгоритм по оказанию экстренной помощи выглядит следующим образом: стабилизация психоэмоционального состояния, осознание своих аутентичных эмоций и чувств.

Помочь может, например, техника принятия решений «Квадрат Декарта».

Цель: анализ вариантов разрешений кризисной ситуации, выбор оптимального варианта.

Это простая техника принятия решений. Суть заключается в том, что нужно рассмотреть ситуацию, ответив на 4 вопроса: Что будет, если это произойдет? Что, если это не произойдет? Чего НЕ будет, если это произойдет? Чего НЕ будет, если это НЕ произойдет? «Квадрат Декарта» помогает прояснить последствия каждого решения. Дело в том, что в ситуации, требующей решения, мы часто зацикливаемся на одной позиции: что будет, если это произойдет? С помощью же «квадрата Декарта» мы рассматриваем одну и ту же ситуацию с 4 разных сторон.

В случае суициального поведения подростка вопросы ориентировать на то, что произойдет или не произойдет, если подросток совершил самоубийство.

Еще одна техника пересмотра личной истории.

Цель: позитивный пересмотр негативных ситуаций.

Инструкция:

Выберите из своей личной истории такое событие для перепросмотра, на которое вы отреагировали негативно, испытали стресс.

Представьте эту ситуацию, представьте того человека (или тех людей), с которым связаны ваши переживания в этой ситуации.

Первое, что нужно сделать – это принять эту ситуацию. Есть выражение: «Будет так, как и должно быть. Даже если будет иначе». Принять ситуацию – взять на себя ответственность за возникновение этой ситуации.

Подумайте, какими своими мыслями и чувствами вы создали эту ситуацию. Приятные ситуации в своей жизни мы создаем позитивными мыслями, а неприятные (стрессовые) – негативными.

Чему важному и позитивному научила вас эта ситуация? Какой позитивный урок вы прошли? Есть такое выражение: «Всё, что ни делается, к лучшему».

Список литературы

1. «Концепция развития психологической службы в системе образования в Российской Федерации на период до 2025 года» (утв. Минобрнауки России от 19.12.2017)
2. Международная классификация болезней (МКБ-10)
3. Минпросвещения России от 11.08.2023 № АБ-3386/07 «О направлении Алгоритма» (вместе с «Алгоритмом сопровождения в дошкольных образовательных, общеобразовательных, профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования детей ветеранов (участников) специальной военной операции, обучающихся в соответствующих организациях, в целях оказания таким детям необходимой помощи, в том числе психологической»)

Клименкова Е.Н., Москачева М.А.

ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ-ПРОТЕКТОРЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ ЮЖНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»,
Москва

Аннотация. Представлены результаты исследования связи между такими личностными чертами, как самоэффективность и субъектная позиция, с одной стороны, и выраженность показателей депрессии, с другой, с целью научного обоснования мишеней помощи при эмоциональной дезадаптации у студенческой молодежи.

Ключевые слова: депрессия, самоэффективность, субъектная позиция.

Klimenкова E. N., Moskacheva M. A.

PERSONALITY FACTORS-PROTECTORS OF EMOTIONAL MALADJUSTMENT IN STUDENTS AT MEDICAL UNIVERSITIES OF SOUTHERN FEDERAL DISTRICT

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia

Abstract. The article presents the results of a study of the relationship between self-efficacy/subjective position and the severity of depression indicators to justify the targets of assistance for emotional maladjustment in student youth.

Keywords: depression, self-efficacy, subject position.

К значимым факторам высокого суициального риска относится эмоциональная дезадаптация, проявляющаяся, в том числе, выраженным симптомами депрессии [2, 3].

Цель исследования – выявление факторов-протекторов эмоциональной дезадаптации у студентов.

Выборка. 80 студентов медицинских ВУЗов г. Ростова-на-Дону: 17 мужчин и 63 женщины в возрасте от 17 до 26 лет (средний возраст – 18,5 лет).

Методический комплекс: 1) анкета для сбора основных демографических данных, позволяющая также оценить наличие травматического опыта, связанного с СВО (гибель близкого человека, мобилизация близкого и пр.); 2) Шкала депрессии Бека (BDI, 1961); 3) Опросник «Субъектная позиция» [1]; 4) Методика определения самоэффективности [4].

Результаты. Показатели эмоциональной дезадаптации: выраженность симптомов депрессии. 40% испытуемых (32 чел.) отметили симптомы депрессии разной степени тяжести: депрессия легкой степени – 18 чел., депрессия умеренной и выраженной степеней – по 7 чел. соответственно, 20% от общего

числа испытуемых (16 чел.) согласились с утверждением опросника BDI, что думают о самоубийстве. Половозрастные характеристики и наличие непосредственного травматического опыта в связи с проведением СВО не показали прямого влияния на уровень выраженности депрессивной симптоматики (критерии Манна-Уитни, Хи-квадрат, MANOVA: $p>0,05$). **Роль факторов-протекторов: субъектная позиция.** Субъектная позиция в учебной деятельности оказалась обратно связана с показателями депрессии ($r=-0,339$, $p<0,01$). Студенты, имеющие негативное отношение к учебной деятельности и отрицающие ценность обучения, более расположены к эмоциональной дезадаптации, в то время как студенты с активной и осознанной позицией в учебе, напротив, более устойчивы. **Роль факторов-протекторов: самоэффективность.** Показатели самоэффективности в деятельности и общей самоэффективности связаны обратными корреляционными связями с уровнем депрессии ($r=-0,492$, $p<0,01$): убежденность студентов в своей способности эффективно решать стоящие перед ними задачи ассоциирована с большим психическим благополучием.

Выводы: 1) высокая распространенность в студенческой популяции симптомов депрессии (40% респондентов) и суицидальных мыслей (20% респондентов) подтверждает актуальность разработки комплексных профилактических программ, направленных на повышение эмоционального благополучия студенческой молодежи и снижение суицидального риска в этой группе; 2) с целью профилактики эмоциональной дезадаптации студентов в практические задачи психологической службы ВУЗа необходимо включать развитие чувства самоэффективности у студентов, а в задачи педагогического состава – развитие и поддержку субъектной позиции студентов при выполнении учебных задач.

Список литературы

1. Зарецкий Ю.В., Зарецкий В.К., Кулагина И.Ю. Методика исследования субъектной позиции учащихся разных возрастов // Психологическая наука и образование. 2014. Том 19. № 1. С. 99–110.
2. Субботич М.И., Холмогорова А.Б. когнитивные и поведенческие факторы хронификации суицидального поведения // Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н.В. Склифосовского. 2023. Том 12. № 3. С. 397–405. DOI: 10.23934/2223-9022-2023-12-3-397-405
3. Файзулина К.А., Вихристюк О.В., Банников Г.С., Яхъяева П.К. Факторы развития суицидального поведения студентов высших учебных заведений // Социальная и клиническая психиатрия. Том 34. № 4. С. 87–98.
4. Sherer M., Maddux J.E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., Rogers, R. W. The Self-Efficacy Scale: Construction and validation // Psychological Reports. 1982. Vol. 51. №. 2. P. 663–671. DOI:10.2466/pr0.1982.51.2.66

Козловская Л.И.

ПРЕДПОСЫЛКИ И ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Аннотация. В статье обсуждаются особенности поведения родителей, приводящие к формированию суицидального поведения у несовершеннолетних, и профилактика подобных тенденций с помощью гештальт-терапии.

Ключевые слова: дети, родители, эмоции, суицид, принятие, Гештальт-терапия

Kozlovskaya L.I.

PREREQUISITES AND PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOR IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE

Mechnicov North-West State Medical University, Saint-Petersburg, Russia

Abstract. the article discusses the features of parent's behavior that leads to suicidal behavior of their children and teenagers. Also, it focuses on the prevention of such tendencies with the help of Gestalt therapy.

Keywords: children, teenagers, emotions, suicidal behavior, acceptance, Gestalt therapy

Причин суицидального поведения детей и подростков немало. Рассмотрим некоторые из наиболее, на наш взгляд, очевидных.

Понятно, что чем младше ребенок, тем в большей степени он зависит от родителей – своего ближайшего окружения. И это ближайшее окружение в силу объективных причин не всегда бывает любящим. Но имеем ли мы право критиковать родителей за это? Скорее – нет, ибо, как и в природе, солнечная погода сменяется дождями и бурями, так и в отношениях с близкими людьми бывают ссоры и непонимание.

Причины подобных ссор часто являются лишь поводом, скрывающим истинные причины конфликтов, лежащих подчас на глубине, недоступной для осознания участников конфликта. Т.е. люди часто ссорятся, не осознавая истинных причин их разногласий.

Разногласия даже между любящими людьми естественны и неизбежны, ибо все мы разные. Наличие разногласий вовсе не означает отсутствие любви родителей к детям, и наоборот.

При общении с другими людьми разногласия также неизбежны, но то, доводим ли мы их до конфликтных ситуаций или преодолеваем мирным путем, напрямую связано с нашими личностными особенностями. И, очевидно,

что альтернативой конфликтам в отношениях родителей и детей является способность взрослых, в силу лежащей на них ответственности за детей, уважительно относиться к мнению ребенка.

Не только слышать, но и учитывать потребности и желания ребенка, которые порой входят в противоречие с потребностями и планами родителей, их взглядами на жизнь, стереотипами поведения не всегда легко. Чтобы это стало возможным, необходим навык уважительного отношения родителей к другим людям, в том числе к детям, у которых, как и у взрослых, есть свои потребности и право быть услышанными. Т.е. необходим компромисс, который предполагает диалог, контакт между ребенком и родителями, в процессе которого обе стороны решают, в чем они готовы пойти друг другу навстречу ради общего блага. Так обретается доверие между родителями и детьми. Однако, вместо этого в силу разных обстоятельств родители не дают себе труда вникнуть в то, что порой происходит между ними и ребенком. План, который есть у родителей, и который должен быть реализован, заставляет их нередко пренебрегать потребностями детей в данный момент. Дети же, в силу их природного умения погружаться в реальную ситуацию и непосредственно реагировать на любое давление извне, протестуют, отстаивая право на удовлетворение своих актуальных потребностей.

Протест детей против подчинения воле родителей подчас вызывает у последних негодование и приводит к еще более жесткому подавлению эмоциональных проявлений ребенка.

Другой крайностью является безропотное стремление родителей угодить своему ребенку. Так же, как и грубое подавление или игнорирование желаний и потребностей ребенка стремление угодить своему чаду ведут к конфликтам между родителями и детьми, готовя почву к противостоянию друг с другом в дальнейшем.

Накопление подобных ситуаций оказывает существенно более сильное разрушительное влияние на психику ребенка, чем может показаться на первый взгляд. Ребенок теряет уверенность в себе, начинает меньше доверять своим чувствам, блокируя, таким образом, удовлетворение своих потребностей, в большей степени начинает зависеть от того, что происходит вовне, чем провоцирует формирование внутреннего конфликта.

Без сомнения, родители не обязаны всегда идти на поводу у ребенка, но они и не должны постоянно, а нередко и в грубой форме, проявлять свою власть над ним, требуя полного подчинения своей воле.

Дети нуждаются в любви, принятии и диалоге. Диалог родителей с детьми дает возможность обеим сторонам быть услышанными, развивает у детей уважение к взрослым, учит их заботиться о себе, договариваясь с другими, когда их потребности входят в противоречие друг с другом.

И, конечно, ответственность за то, чем заканчивается подобное противостояние, лежит на родителях, от которых дети в силу своего возраста зависят. Задача родителей – не потакать во всем своим детям или подчинять их своей воле, лишая элементарной свободы, но учить справляться с трудностями, которые неизбежны в жизни каждого человека. И, конечно, научить этому могут лишь любящие родители, которые сами освоили эту науку жизни.

В нашей практике был случай, когда родители мальчика-подростка обратились за психотерапевтической помощью для своего сына, чье поведение начало им в точности напоминать поведение их старшего сына-подростка, незадолго до этого покончившего жизнь самоубийством. Мальчик изучал программирование и достиг в этом блестящих успехов. Однако, принимая участие в каких-либо общественных мероприятиях, нередко без видимой причины начинал крашить все вокруг, чем немало пугал окружающих его людей.

На одном из занятий подросток неожиданно спросил: «А что, эмоции можно проявлять?», чем вызвал растерянность от парадоксального для меня взгляда на проявление эмоций. «Конечно!», – последовал ответ. Реакция подростка потрясла меня. Он буквально подпрыгнул на месте от радости, словно получил разрешение на самое заветное свое желание.

Оказалось, что в семье мальчика приветствовались интеллектуальные достижения и практически полностью игнорировались эмоциональные проявления детей. И лишь суицид старшего сына-подростка и повторение младшим ребенком поведения старшего сына подтолкнули родителей к поиску причин его ухода из жизни и обращению за психотерапевтической помощью.

Данный пример говорит нам, сколь важно гармоничное развитие ребенка, когда наряду с успехами в учебе приветствуются занятия, способствующие творческому развитию маленького человека, его умению общаться со сверстниками, развитие его потенциальных способностей и в более широком плане поиску своего места в жизни.

К сожалению, не все родители способны реагировать адекватно на протестные эмоциональные реакции детей, принимать их. Бурные эмоциональные реакции детей подчас пугают родителей, особенно тех, кто неспособны осознавать свои собственные эмоции вследствие их подавления или непонимания. Для таких родителей ребенок является неуправляемым, и тогда первой реакцией на протест ребенка становится желание подавить его бунт.

И до определенного момента это дает эффект: порядок восстанавливается, бунт подавлен, но цена, которую в дальнейшем придется заплатить, может оказаться несоразмерной.

Как бы ни хотелось родителям контролировать своих детей, рано или поздно это становится невозможным не только в силу их естественного взросления, но и вследствие усиливающихся внешних влияний на детей.

Подавление эмоций, к которым дети в таких семьях привыкают, приводит к тому, что они перестают понимать самих себя, что готовит почву не только для затруднений в принятии ими решений в тех или иных жизненных ситуациях, но и трудностей в установлении доверительных контактов со сверстниками. Последние для подростка становятся референтной группой, чье мнение подчас становится даже более важным, чем мнение родителей. А когда приходит время первых романтических чувств, и они вдруг оказываются безответными, или, что еще травматичнее, объект твоих мечтаний тебя отвергает, ребенку кажется, что он остался совсем один. Подобное отвержение может стать для подростка причиной трагедии, истоки которой стоит искать в родительской семье.

Попробуем разобраться. Ребенок, выросший в атмосфере запретов, тотального контроля и отсутствия эмоциональной поддержки родителей, выработал в себе осторожность не только в проявлении своих чувств и эмоций, но и удовлетворении своих потребностей. Можно говорить, что он в своих проявлениях в значительной степени зависит от тех, с кем общается.

Ребенок, привыкший к неприятию близкими своих протестных реакций, а нередко и выражения своих нежности и восторженности, будет проецировать страх отвержения на объект своих нежных чувств. Это может проявляться в сдержанном, а порой и неуклюжем поведении, что снижает его шансы на взаимность и увеличивает вероятность отвержения, к которому он привык.

Но в ситуации первой влюбленности непринятие его нежных чувств переживается особенно остро. Это может привести к полной дезориентации и непониманию происходящего. И если ребенок не ощущает принятия и эмоциональной поддержки родителей, то суицид может показаться единственным выходом их невыносимо сложной для него жизненной ситуации.

Если же наряду с отсутствием эмоциональной поддержки семья ребенок сталкивается с отвержением не одного ровесника, но целой группы, то вероятность суицида как способа выхода из ситуации еще больше возрастает в силу неспособности ее разрешения подростком другими способами.

Из сказанного следует, что взрослые должны находить в себе силы принимать эмоциональные реакции детей, давая им, таким образом, поддержку и способствуя формированию уверенности в себе. Дети должны иметь право на проявление любых своих эмоций и взглядов на ту или иную ситуацию. Они должны быть услышаны взрослыми.

Мы не можем запретить человеку чувствовать, тем более маленькому человеку, переполненному эмоциями от соприкосновения с окружающим миром. Если ребенку запретить быть собой, т.е. радоваться, огорчаться, злиться, любить, то для него это может означать невозможность жить. И тогда суицид может стать для него единственным выходом, ибо не иметь возможности проявлять себя для него означает не жить.

Помочь ребенку и родителям может психотерапевт.

При этом хочется заметить, что психотерапия с детьми окажется недостаточной, если родители останутся в стороне. Дело в том, что, возвращаясь домой, ребенок попадает в сложившуюся систему отношений детей и родителей, и, если родители не решатся изменить эту систему с помощью психотерапевта, то прогноз и для детей, и для их родителей останется неблагоприятным.

Взрослые должны научиться принимать эмоции детей, осознавать собственные эмоции и чувства, и, в зависимости от ситуации, проявлять их – это и означает жить. Эмоции всегда в настоящем, а это значит, что человек, их переживающий, находится в реальности, то есть живет. И какой бы ни была эта реальность, соприкасаясь с ней, человек получает шанс влиять на нее, удовлетворять свои насущные потребности и желания, получая при этом ощущение жизни.

Гештальт-подход, занимающийся актуальным состоянием человека, может являться терапией выбора для взрослых и детей с подобными проблемами.

Гештальт-терапевт помогает человеку осознавать и проявлять свои эмоции, учит брать на себя ответственность за свою жизнь, быть осознанным и включенным в реальность, что помогает человеку чувствовать себя живым и даже счастливым. Рядом с такими родителями и ребенок будет чувствовать себя защищенным и способным по мере взросления обретать все больше уверенности в себе.

ВЗАИМОСВЯЗЬ «ДУШЕВНОЙ БОЛИ» И СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Аннотация. Суицидальное поведение в настоящее время представляет собой актуальную медицинскую, психологическую и социальную проблему. Расстройства аффективной сферы, в частности, депрессивного спектра, ассоциируются с высоким суицидальным риском. В исследовании приводится оценка риска совершения суицидальной попытки с использованием «Колумбийской шкалы суицидального риска» и шкалы «Душевной боли».

Ключевые слова: депрессия, душевная боль, оценка факторов суицидального риска

Komarova A. N., Isaeva E. R.

THE RELATIONSHIP BETWEEN “MENTAL PAIN” AND SUICIDE RISK IN PATIENTS WITH DEPRESSIVE SPECTRUM DISORDERS

First Pavlov State Medical University, Russian Federation, St Petersburg, Russia

Abstract. Suicidal behavior is currently a pressing medical, psychological and social problem. Affective disorders, particularly depressive spectrum disorders, are associated with a high suicidal risk. The study provides an assessment of the risk of committing a suicide attempt using the C-SSRS and the Mental Pain Scale.

Keywords: depression, mental pain, assessment of suicide risk factors

Актуальность. Завершенные суицидальные попытки и хронификация суицидального поведения выступают в качестве актуальной медицинской, психологической и социальной проблемы. По оценкам ВОЗ [2] завершенные суицидальные попытки продолжают занимать первое место среди причин смерти, опережая сердечно-сосудистые заболевания, онкологические заболевания и социально-значимые инфекции. Одним из факторов суицидального риска и хронификации суицидального поведения выступают психические расстройства (в частности, расстройства настроения депрессивного спектра) [1]. Оценка эмоциональной сферы у пациентов с расстройствами депрессивного спектра и изучение корреляции с уровнем суицидального риска у данной нозологической группы может способствовать разработке превентивных мер, направленных на снижение тяжести эмоционального и психологического дискомфорта пациентов.

Гипотеза исследования. Непереносимые эмоциональные переживания и субъективно испытываемая пациентами с депрессией «душевная боль» значимо увеличивает риск совершения суицидальной попытки и приводит к хронификации суицидального поведения.

Цель исследования: выявить взаимосвязь между субъективно испытываемой пациентами «душевной болью» и риском совершения истинной суицидальной попытки.

Описание выборки. В исследуемую выборку вошли пациенты с расстройствами депрессивного спектра со следующими клинико-нозологическими формами психических расстройств, кодированных по глоссарию МКБ-10: рекуррентное депрессивное расстройство (F33), депрессивный эпизод (F32), тревожно-депрессивное расстройство (F41.2), БАР, текущий эпизод депрессии (F31.3, F31.4) в возрасте от 19 до 50 лет без органического поражения головного мозга (в соответствии с критериями МКБ-10). Общий объем выборки составил 46 человек.

Процедура исследования. В исследовании нами использовалась психометрическая шкала «Душевная боль» в адаптации Чистопольской К. А., Журавлевой Т. В. и соавторов [3], а также проводилась клинико-психологическая оценка суицидального риска по Колумбийской шкале серьезности суицидального риска [4]. Для оценки уровней тревоги и депрессии использовалась Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). В нашей работе мы проверяли взаимосвязь между риском совершения суицидального риска по шкале «Душевной боли» и суицидальными идеями, и их интенсивностью по Колумбийской шкале. Проведение статистической обработки данных проводилось с использованием пакета программ STATISTICA (сравнительный анализ с использованием Критерия Краскела-Уоллиса, критерия Манна-Уитни, коэффициента ранговой корреляции Спирмена).

Предварительные результаты пилотного исследования. По результатам пилотного исследования нами была обнаружена сильная положительная корреляция между уровнем «душевной боли» и риском совершения суицидальной попытки, оцениваемым по Колумбийской шкале серьезности суицидальных намерений. Пациенты, предъявляющие жалобы на «непереносимую душевную боль» значимо чаще сообщали о мыслях покончить с жизнью или уснуть и не проснуться. У подавляющего большинства пациентов с расстройствами депрессивного спектра отмечался умеренный и повышенный риск совершения суицидальной попытки (37% и 35%, соответственно). Несмотря на то, что все пациенты, включенные в исследование, проходили психотерапевтическое лечение и получали фармако- и психотерапию, высокий и серьезный риск суицидального поведения сохранялся. При увеличении баллов по шкале «Душевная боль» значимо возрастает оценка по шкале оценки интенсивности

суицидальных намерений. У пациентов средней возрастной группы (старше 30 лет) уровень суицидального риска по обеим шкалам статистически значимо ниже, чем у пациентов младше 30 лет. При этом оценка по Госпитальной шкале тревоги и депрессии у пациентов старше 30 лет была выше.

На данном этапе продолжается набор пациентов для увеличения выборки и повышения валидности результатов исследования. Планируется донабор пациентов в группу позднего возраста с целью подтверждения вывода о возрастных особенностях суицидального поведения.

Список литературы

1. Суботич М. И. Клинико-психологические и социodemографические факторы суицидального поведения и риска его хронификации: обзор исследований // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 1. С. 9–30. DOI: 10.17759/cpp.2023310101
2. Чистопольская К. А., Журавлева Т. В., Ениколовов С. Н., Николаев Е. Л. Адаптация методик исследования суицидальных аспектов личности // Психология. Журнал ВШЭ, 2017. №1
3. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021. URL: <https://whodc.mednet.ru/ru/osnovnye-publikaczii/neschastnye-sluchai-nasilie-samoubijstva-travmy/3522.html>
4. Zigmond A. S., Snaith R. P. The hospital anxiety and depression scale // Acta Psychiatrica Scandinavica, 1983. 67(6)

Кузавков А. В., Ловчикова Е. Г., Иголкина Н. Г.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В СТРУКТУРЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ НА ФОНЕ РЕАКЦИИ СЕПАРАЦИИ И ЭМАНСИПАЦИИ

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С. С. Мнухина, Санкт-Петербург

Аннотация. В статье рассматриваются особенности суицидального поведения подростков, возникающие на фоне сепарационных и эмансипационных кризисов, психологические предпосылки, а также основные направления комплексной терапии. Представлены статистические данные.

Ключевые слова: подросток, сепарация, эмансипация, суицидальное поведение, психотерапия.

Kuzavkov A. V., Lovchikova E. G., Igolkina N. G.

PSYCHOTHERAPEUTIC ASSISTANCE IN THE STRUCTURE OF COMPLEX THERAPY FOR ADOLESCENTS WITH SUICIDAL BEHAVIOR AGAINST THE BACKGROUND OF SEPARATION AND EMANCIPATION REACTIONS

St. Petersburg State Public Health Institution Center for Restorative Treatment "Child Psychiatry n.a. S. S. Mnukhin", St Petersburg, Russia

Abstract. The article examines the characteristics of suicidal behavior in adolescents arising from separation and emancipation crises, psychological prerequisites, and the main directions of comprehensive therapy. Statistical data are presented.

Keywords: adolescent, separation, emancipation, suicidal behavior, psychotherapy.

Проблемы, связанные с сепарацией и эмансипацией подростков, являются одним из основных направлений в структуре групповой работы в КМПП.

Выделяются «специфически-подростковые формы поведения» (А.Е. Личко).

Безвыходная, по мнению подростка, критическая ситуация внезапно по механизму короткого замыкания может привести к решению покончить собой без оглядки на возможные последствия. Желание умереть может возникнуть быстро, без предшествующих мыслей и представлений, в связи с бурным аффектом гнева, обиды или страха (при грозящем разоблачении неблаговидных дел, незаслуженным, особенно публичном унижении, оскорблении).

Причины и поводы – чаще незаслуженные упреки или унижение со стороны сверстников или школьных учителей при отсутствии теплого и доброго понимания в семье могут выработать у подростка пессимистическое отношение к миру, чувство безысходности и, как единственная возможность разрешения ситуации – суицид.

Сепарация – это процесс трансформации отношений в сторону большего равенства и паритетности.

Эманципационное поведение характеризуется повышенным стремлением подростков к самостоятельности и независимости от взрослых, потребностью освободиться от контроля и опеки, проявляется желанием делать все по-своему, например, несогласием с установленным старшим поколением нетерпимостью выражению и критики в свой адрес (Б.В. Воронков).

В 2024 году в Кабинет медико-психологической помощи обратилось 177 подростков с суициальными мыслями, что составляет 10% от числа всех обращений.

Почти всегда выявляется несколько причин, подтолкнувших подростка к суициальному поведению.

Комплексный подход предполагает основные коррекционные задачи:

- снижение уровня тревожности;
- повышение уровня эмоционально-волевой устойчивости;
- развитие коммуникативного потенциала, социальной уверенности подростка.

В процессе реализации основных коррекционных задач можно говорить о следующих результатах:

- формирование навыков уверенного поведения в среде сверстников и коммуникативной компетенции;
- умение распознавать и анализировать собственные эмоциональные реакции;
- навык регуляции эмоционального напряжения (увеличение паузы между реакцией и действием как профилактика импульсивного реагирования);
- выработка новых паттернов поведения (копинг-стратегий).

Список литературы

1. Воронков Б. В. «Психиатрия детского и подросткового возраста. Психопатология. Диагностика. Клиника» СПб, «Наука и техника», 2022
2. Детская психиатрия, психотерапия и медицинская психология под. ред. Э.Г. Эйдемиллера, М.Ю. Городновой, А. Э. Тарабанова, «Питер», 2022
3. Личко А. Е. Подростковая психиатрия: руководство для врачей, 1985.

Кузнецова Е. С.

«ТЕТРАДЬ САМОПОМОЩИ ПО СОВЛАДАНИЮ С ТРЕВОГОЙ, СТРЕССОМ И ГНЕВОМ ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ» КАК ИНСТРУМЕНТ РАЗВИТИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ, ПРОФИЛАКТИКИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЕ

Главное управление Федеральной службы исполнения наказаний по Красноярскому краю, г. Красноярск

Аннотация. В статье рассматривается прикладная разработка психологов уголовно-исполнительской системы как инструмент для развития навыков эмоциональной саморегуляции у несовершеннолетних, находящихся в конфликте с законом. Обоснована необходимость развития эмоциональной саморегуляции у несовершеннолетних с целью снижения у них негативных эмоциональных состояний, профилактики аутоагрессивного поведения.

Ключевые слова: несовершеннолетние, уголовно-исполнительская система, аутоагрессивное поведение, эмоциональная саморегуляция, тетрадь самопомощи, психическое здоровье.

Kuznetsova E. C.

«SELF-HELP NOTEBOOK FOR COPING WITH ANXIETY, STRESS AND ANGER FOR MINORS» AS A TOOL TO DEVELOP EMOTIONAL SELF-REGULATION, PREVENTION FROM AUTO-AGGRESSIVE ADOLESCENTS' BEHAVIOR IN THE PENAL SYSTEM

Main Department of the Federal Penitentiary Service in Krasnoyarsk region, Krasnoyarsk, Russia

Abstract. The article deals with the of psychologists 'applicative development in the penal system as a tool for developing emotional self-regulation skills among minors, who are in conflict with the law. The necessity of development of emotional self-regulation among minors was justified, in order to reduce their negative emotional states and prevent from auto-aggressive behavior.

Keywords: minors, the penal system, auto-aggressive behavior, emotional self-regulation, a self-help notebook, mental health.

В соответствии с распоряжением Правительства от 17 ноября 2023 года № 3233-р в Российской Федерации выполняется «План мероприятий по реализации Стратегии комплексной безопасности детей в РФ на период до 2030 года», в рамках которого важным направлением указывается актуализация комплекса мер до 2025 года по совершенствованию системы профилактики суицида среди несовершеннолетних, в том числе в уголовно-исполнительной

системе. Меры, предпринимаемые сотрудниками учреждений территориальных органов ФСИН России, обеспечивают профилактику суицидального поведения несовершеннолетних подозреваемых, обвиняемых и осужденных. В период 2018-2024 гг. суицидов среди несовершеннолетних осужденных, отбывающих наказание в воспитательных колониях, не допущено.

В то же время актуальность проблемы психической саморегуляции, в частности, в подростковом возрасте, возросла в последнее время, о чём говорит научный интерес к феномену и понятию саморегуляции. Одну из главных ролей в формировании современных представлений о психической саморегуляции сыграл системный подход, в рамках которого подчеркивается необходимость ее исследования как процесса, имеющего многоуровневую детерминацию [4]. Проблемами саморегуляции занимались такие учёные-психологи, как И.П. Павлов, П.К. Анохин, И.М. Семёнов, В.Е. Клочко, О.А. Конопкин, В.И. Моросанова, Н.Ф. Круглова и др. [2]. Исследования показывают, что существует необходимость постоянного совершенствования психологических практик, направленных на преодоление проблем в сфере саморегуляции несовершеннолетних, что может выступать одним из направлений профилактики аутоагрессивного поведения.

В учреждения пенитенциарной системы поступает все большее количество несовершеннолетних, имеющих недостаточно развитые процессы саморегуляции, что проявляется в социально-дезадаптивном поведении, неспособности контролировать свое поведение и эмоции в различных, особенно сложных жизненных ситуациях, в подчинении деструктивным групповым формам поведения, низком уровне осознания собственных поступков и их последствий, снижении адаптивных функций, в том числе, имеющих в прошлом опыт аутоагрессивных действий. В последние годы наблюдается рост числа вновь прибывших несовершеннолетних в учреждения уголовно-исполнительной системы, у которых по результатам психодиагностического обследования выявлены нарушения эмоционально-волевой сферы, причем эти нарушения в соотношении с другими психологическими мишенями преобладают. Особенности эмоциональной сферы социально дезадаптированных подростков связаны с переживаниями таких негативных эмоций как волнение, тревога, гнев, злость, чувство вины, страх, которые могут стать препятствием для построения и достижения реальных целей жизнедеятельности, успешной социальной адаптации несовершеннолетних, а в дальнейшем и затруднять процесс их ресоциализации. Е.О. Седова отмечает, что в основе таких проблем как повышенная тревожность, трудности адаптации к новым условиям, школьная неуспеваемость и т.д. лежит низкий уровень саморегуляции [3]. Развитие осознанной саморегуляции у подростков опосредствует влияние личностных предпосылок на поведение, компенси-

руя крайние проявления соответствующих особенностей темперамента [1]. В связи с тем, что эмоциональные проблемы существуют у очень многих подростков, находящихся в конфликте с законом, важными направлениями в психологическом сопровождении несовершеннолетних являются развитие адаптивных форм поведения, поддержка эмоционального фона, обучение методам саморегуляции, поиск внутренних ресурсов, профилактика деструктивного поведения, в том числе аутоагрессивного. Развитая осознанная эмоциональная саморегуляция у несовершеннолетних рассматривается в качестве значимого ресурса психологического благополучия и важного элемента профилактики деструктивного, в том числе аутоагрессивного, поведения в условиях пенитенциарной системы, а в дальнейшем и успешной их интеграции в общество.

Развитие эмоциональной саморегуляции у несовершеннолетних с целью профилактики аутоагрессивного поведения обосновано тем, что одним из ключевых психологических механизмов формирования такого поведения является эмоциональная дисрегуляция – нарушение нормальной регуляции эмоций. При отсутствии навыков саморегуляции основным её инструментом для подростка может стать именно аутоагрессивное поведение.

В связи с этим стал актуальным вопрос создания и внедрения методического инструмента, направленного на развитие навыков сознательной саморегуляции как основы эффективной психологической реабилитации в рамках совершенствования психологического сопровождения несовершеннолетних подозреваемых, обвиняемых, осужденных с учетом особенностей подросткового возраста, а также особенностей протекания процесса адаптации несовершеннолетних к условиям изоляции.

Методический комплект «Тетрадь самопомощи по совладанию с тревогой, стрессом, гневом «Все в твоих руках» (далее – тетрадь самопомощи) включает методическое пособие для психолога и иллюстрированную тетрадь самопомощи для несовершеннолетних. Внедрение тетради самопомощи предусмотрено как продолжение занятий с несовершеннолетними в соответствии с ее структурой, может проводиться в индивидуальной и групповой форме (до 8 человек). Предусмотрено проведение входного контроля эмоционального состояния несовершеннолетних и итоговый контроль с использованием проективных методик. Психолог встраивает работу с тетрадью самопомощи в групповую терапию, и в то же время несовершеннолетние используют ее для индивидуального пользования (самостоятельно).

Тетрадь является продолжением помощи психолога подросткам по развитию навыков, необходимых для того, чтобы справиться со стрессом и негативными эмоциональными состояниями. Приведенные в тетради техники и упражнения позволяют несовершеннолетним расслабиться, найти опору для

себя в трудных ситуациях «здесь и сейчас». Эти техники просты и доступны для самостоятельного использования несовершеннолетними.

Тетрадь самопомощи состоит из 4 блоков:

1. Познай себя – проективные тесты, вопросы, которые несовершеннолетнему дают возможность самопознания (лучше узнать себя, свои эмоциональные привычки). В этом блоке представлены следующие методики: упражнение «4 квадрата», проективный тест «Дерево с человечками», графический тест Вартега.

2. Твои возможности – полезная информация и практики, которые помогут справиться с тревогой, стрессом, гневом здесь и сейчас.

Во втором блоке несовершеннолетним предлагается информация о природе стресса, тревоги, гнева, как ими управлять, как разбираться в эмоциях и чувствах, а также стратегии, советы и практики, позволяющие превратить психологические особенности в возможности развития.

3. Действуй! – упражнения для развития навыков управления эмоциями. В третьем блоке представлены способы саморегуляции: дыхательные техники, техники, связанные с движением, с воздействием слова, с использованием образов, упражнения самопомощи, направленные на развитие навыков саморегуляции несовершеннолетних.

4. Принимай решения – выбор несовершеннолетним того, что ему подходит, помогает справиться с напряжением, тревогой, гневом и другими негативными эмоциональными реакциями.

В четвертой части несовершеннолетнему предлагается сделать выбор тех упражнений и техник, которые ему понравились, помогли в регуляции эмоционального состояния. Также представлены советы по поддержанию психического здоровья и обстоятельства, при которых важно обращаться за помощью к психологу.

На данный момент тетрадь самопомощи проходит этап внедрения, в перспективе нам еще предстоит оценить и проверить долгосрочную эффективность ее применения. Нами получены положительные результаты динамики эмоционального состояния несовершеннолетних, что является хорошим прогностическим показателем. Формирование навыков эмоциональной саморегуляции у несовершеннолетних подозреваемых, обвиняемых, осужденных – это важнейший инструмент профилактики аутоагрессивного поведения, трудностей адаптации подростков, находящихся в конфликте с законом. Ведь профилактика обычно определяется как совокупность мер, направленных на устранение или нейтрализацию причин и условий саморазрушительного поведения, в первую очередь, с целью снижения уровня деструктивных форм поведения. Тетрадь самопомощи может стать методическим инструментом психолога вне уголовно-исполнительной системы с целью

развития эмоционального интеллекта, формирования стрессоустойчивости к психотравмирующим событиям, повышения адаптационных возможностей у несовершеннолетних в образовательной сфере.

Список литературы

1. Моросанова В. И. *Индивидуальные особенности осознанной саморегуляции произвольной активности человека* // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. 2010. № 1. С. 36 – 45.
2. Савина И. И., Герасименко Ю. А. *Развитие навыков саморегуляции у подростков*. Екатеринбург, 2018. 106 С. Текст: электронный. URL: <http://elar.uspu.ru/bitstream/uspu/11956/2/2018Savina.pdf> (дата обращения: 23.04.2023).
3. Седова Е. О. *Лонгитюдное исследование формирования саморегуляции у школьников* // Вестник МГОУ. Серия «Психологические науки». – 2013. – № 3. – С. 130 – 136.
4. Соколова О. Н. *Особенности саморегуляции подростков с разными мотивами учебной деятельности* // Психология, социология и педагогика. 2012. № 11 [Электронный ресурс]. URL: <https://psychology.snauka.ru/2012/11/1260> (дата обращения: 12.02.2025).

Куринов И.А., Попова Т.В., Янгяяева А.М., Тарасов Н.И.,
Лупаносова О.А., Кециян К.Л.

АНАЛИЗ РАБОТЫ ДЕТСКОЙ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕГИОНАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В УСЛОВИЯХ КРИЗИСОВ НОВОГО ВРЕМЕНИ

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» МЗ РФ, Москва

Kurinov I.A., Popova T.V., Yanglyaeva A.M., Tarasov N.I.,
Lupanosova O.A., Keshchyan K.L.

ANALYSIS OF THE WORK OF CHILDREN'S SUICIDIOLOGY SERVICES IN THE REGIONS OF THE RUSSIAN FEDERATION IN THE CONTEXT OF CRISES OF MODERN TIMES

FSBI «Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology»,
Moscow, Russia

Актуальность: на протяжении последних лет наш мир столкнулся с чередой актуальных кризисов в различных сферах жизни: медицина, финансы, политика, социальная изоляция, агрессивная цифровая трансформация. Детский и подростковый возраст характеризуется высокой уязвимостью к социальным и личностным кризисам, что делает его особенно подверженным различным рискам. Мы наблюдаем стремительно растущее поколение, не в полной мере готовое к получению огромного количества информации, быстро меняющимся требованиям социума, с необходимостью мобилизации адаптационных механизмов. Учитывая это, важно продолжать исследование причин и механизмов суициального поведения, а также совершенствовать методы суициальной превенции.

Цели и задачи исследования: проанализировать статистические данные о детских и подростковых суицидах в регионах РФ за период 2023-2024 гг.; выявить регионы с наибольшими показателями уровня суицидов; обнаружить влияние социально-экономической ситуации на формирование суициального и самоповреждающего поведения; определить наличие или отсутствие междисциплинарного взаимодействия служб, отвечающих за выявление суициальных тенденций у детско-подросткового населения.

Результаты и обсуждения: 2023 г.: наибольшее количество завершенных суицидов в Иркутской, Ростовской, Новосибирской областях. По количеству совершенных суициальных попыток наибольший уровень в Архангельской, Иркутской, Свердловской областях. 2024 г.: наибольшее количество завершенных суицидов в Тверской, Новосибирской, Архангельской областях. По количеству совершенных суициальных попыток в Архангельской, Иркутской,

Нижегородской областях. Общее количество завершенных суицидов по всем регионам РФ (предоставляющих сведения) за 2023 год составило 52 человека, за 2024 год составило 25 человек. В 23 г.: 20 мальчиков и 32 девочки, в 24 г.: 9 мальчиков и 16 девочек. Подростков, состоящих под диспансерным наблюдением – в 23 г. – 15, в 24 г. – 7, находящихся на консультативном наблюдении – в 23 г. – 37, в 24 г. – 18. Общее количество суициальных попыток по всем регионам РФ за 2023 г. – 1181, из них мальчиков 241, девочек 940, за 2024 г. – 942, из них мальчиков 197, девочек 745. По возрасту наиболее высокий уровень, как завершенных суицидов, так и суициальных попыток в 2023 и 2024 году выявлен среди подростков 15-17 лет (642 человека и 527 человек соответственно, что составило более половины от всех совершенных суициальных попыток).

Выводы. Проводимый мониторинг позволил понять сложившуюся суицидологическую ситуацию в регионах РФ. Несмотря на усилия по обеспечению качества и доступности специализированной помощи, а также растущую тенденцию к дестигматизации психиатрии, высокий уровень суициального поведения среди детей и подростков остается проблемой во всех регионах России. Принятая Распоряжением Правительства РФ от 26 апреля 2021 г. №1058-р программа профилактики суицидов среди несовершеннолетних позволит структурировать работу суицидологических подразделений региональных психиатрических служб. Также для снижения уровня суициального поведения необходима дальнейшая работа по совершенствованию междисциплинарного взаимодействия между психиатрическими, педагогическими и соматическими службами, а также надзорными ведомствами.

Логачева А.А., Глазкова Т.Н.

СПЕЦИФИКА РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ ФОРМ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО И АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», г. Тамбов

Аннотация. В статье представлен анализ показателей суицидального поведения несовершеннолетних Тамбовской области и отчетов о лечебно-профилактической деятельности ОГБУЗ «ТПКБ» за 2021-2024 гг. Полученные результаты способствовали разработке нового метода работы с подростками, основанного на принципе вовлечения учащихся в профилактическую деятельность через активное участие в общественно значимых проектах.

Ключевые слова: несовершеннолетние, суицидальная активность, профилактика, новый метод, эффективность.

Logacheva A. A., Glazkova T. N.

THE SPECIFICS OF THE DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION OF NEW FORMS OF PREVENTION OF SUICIDAL AND AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR IN ADOLESCENTS

Regional State Budgetary Healthcare Institution “Tambov Psychiatric Clinical Hospital”, Tambov, Russia

Abstract. The article presents an analysis of indicators of suicidal behavior of minors in the Tambov region and reports on the therapeutic and preventive activities of OGBUZ TPKB for 2021-2024. The obtained results contributed to the development of a new method of working with adolescents based on the principle of involving students in preventive activities through active participation in socially significant projects.

Keywords: minors, suicidal activity, prevention, new method, effectiveness.

Актуальность. В современном обществе проблема суицидального поведения у подростков является одной из самых тревожащих и сложных. Современный ритм жизни, психические и физические нагрузки, бессонницы и стрессовые ситуации приводят к тому, что подростки становятся все более агрессивными по отношению к себе и окружающим [2]. Увлечение интернет-технологиями дает подростку не только новые возможности для реализации и коммуникации, но и делает его более уязвимым с точки зрения риска социальной дезадаптации [1]. Методы профилактической работы должны совершенствоваться с учетом современных интересов подростков.

Цель и задачи: разработка новых форм профилактики суицидального и аутоагрессивного поведения подростков.

Материалы и методы: проанализированы показатели суицидального поведения несовершеннолетних Тамбовской области и отчеты о лечебно-профилактической деятельности Тамбовской психиатрической клинической больницы за период 2021-2023 гг., разработан инновационный профилактический метод.

Результаты и их обсуждение. С целью выявления и профилактики деструктивных проявлений среди несовершеннолетних специалистами больницы проводятся диагностические, лечебные и профилактические мероприятия. За анализируемый период было проведено 92 профилактических мероприятия, в которых приняли участие более 4000 несовершеннолетних и более 500 родителей. В образовательных учреждениях Тамбовской области регулярно проводятся профилактические медицинские осмотры учащихся и скрининговые исследования для выявления детей «группы риска» и направления их за специализированной медицинской помощью. Согласно годовым отчетам больницы, число несовершеннолетних с расстройствами непсихотического характера, обратившихся за помощью к детскому врачу-психиатру, ежегодно увеличивается. Однако суицидальная активность несовершеннолетних Тамбовской области продолжает показывать волнообразный характер. Это свидетельствует о необходимости разработки и внедрения новых форм профилактической работы с подростками.

В ходе исследовательской деятельности был предложен новый подход к организации профилактической работы с подростками. В основу инновационного метода заложен принцип вовлечения учащихся в профилактическую деятельность через активное участие в общественно значимых проектах. С этой целью был разработан проект «Конкурс творческих работ для учащихся по разработке материалов, направленных на профилактику деструктивного и суицидального поведения». Согласно положению Конкурса, учащиеся образовательных учреждений Тамбовской области в возрасте 12-18 лет могут представить свои работы в 5-ти номинациях. Конкурсные задания направлены на формирование у молодежи отрицательного отношения к идеологии аутоагрессивного поведения. Полученные конкурсные материалы планируется растиражировать для использования в профилактической работе с подростками. Участники Конкурса получат возможность почувствовать свою значимость в решении актуальных проблем современного общества. Проект будет реализован на территории Тамбовской области в 2025 году.

Выходы. В ходе исследовательской деятельности был разработан инновационный метод. В настоящее время данная методика проходит апробацию на территории Тамбовской области. Межведомственное взаимодействие при внедрении новых форм работы позволит повысить эффективность профилактической работы суицидального и аутоагрессивного поведения среди подростков.

Список литературы

1. Авдулова Т.П. Агрессивность в подростковом возрасте: практическое пособие/ Т.П. Авдулова.- 2-е изд., испр. и доп. -М., 2024.
2. Бабаева Ю.Д., Войскунский А.Е., Смылова О.В. «Интернет: воздействие на личность. Гуманитарные исследования в Интернете» Под ред. А.Е. Войскунского. – М.: Можайск – Терра, 2000.

Лозинская Е.И.

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ И СУИЦИДОВ

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина, Санкт-Петербург

Аннотация. В статье изложено понимание самодеструктивного поведения и суицидов с точки зрения психоаналитических подходов, как сложных феноменов, коренящиеся в бессознательных конфликтах, ранних травмах и нарушениях структуры личности.

Ключевые слова: суицид, психоанализ, аутоагgression, конфликт, теория объектных отношений, эго-психология.

Lozinskaya E.I.

PSYCHOANALYTIC APPROACHES TO THE STUDY OF SELF-HARMING BEHAVIOR AND SUICIDE

St. Petersburg State Public Health Institution S. S. Mnukhin Center for Rehabilitation Treatment of Child Psychiatry, St Petersburg, Russia

Abstract. The article presents an understanding of self-destructive behavior and suicide from the point of view of psychoanalytic approaches as complex phenomena rooted in unconscious conflicts, early traumas and personality structure disorders.

Keywords: suicide, psychoanalysis, autoaggression, conflict, theory of object relations, ego psychology.

Что мы знаем о причинах суицида? Многочисленные исследования приводят корреляции между наличием психического расстройства, полом, возрастом, наличием стрессовых жизненных событий, злоупотреблением ПАВ, пессимизмом, импульсивностью и отношением к самоубийству [29]. Особенno поразительным фактом о самоубийстве является то, насколько тесно оно связано с предложением и получением медицинской помощи. За месяц до смерти 20% из них обращались в службы охраны психического здоровья, в то время как 50% консультировались со своим лечащим врачом [25]. Это подчеркивает амбивалентность, присущую суицидальному акту, тягу со стороны человека, который хочет прервать свою жизнь, вовлечь в эту борьбу других, особенно тех, кто ухаживает за больными. Это притяжение безусловно испытывают специалисты, врачи и психологи, когда их просят принять роль человека, стоящего между намерением покончить с существованием и оставаться живыми.

Самоубийство – это действие, имеющее смысл и имеющее цель, как явную, так и бессознательную. Оно происходит в контексте диадных отношений, а точнее их неудачи. С психоаналитической точки зрения [28], самоубийство

следует понимать как относительное, эмоциональное, имеющее смысл действие и оказывающее мощное воздействие на других.

Профилактика самоубийств стала одним из основных вопросов социальной политики во всем мире. Организации на международном, национальном и местном уровнях разработали подходы и стратегии для снижения уровня самоубийств. Крайне важно, чтобы любой подход к пониманию самоубийства и работе с людьми, склонными к суициду и причиняющими себе вред, был связан с более широкой картиной.

Профилактика и снижение суицидального поведения представляет собой головоломку. Несмотря на то, что можно определить группы высокого риска, найти способы сокращения доступа к средствам совершения самоубийства и понять, что многие, если не большинство, самоубийств можно «предотвратить», существует значительный разрыв между данными эпидемиологических исследований, которые выявляют факторы риска, и опытом на местах для практикующих врачей, работающих в области психического здоровья и других условиях, в которых нет надежных средств прогнозирования суицидального риска.

В связи с этим, хочется отдать должное психотерапевтам, которые все эти годы пытаются оказывать помощь данной категории пациентов (при ограниченности медикаментозного подхода) и пополняют существенно базу знаний относительно этой темы.

Психоанализ рассматривает самоповреждающее поведение и суицид как сложные феномены, коренящиеся в бессознательных конфликтах, ранних травмах и нарушениях структуры личности.

Зигмунд Фрейд рассматривал суицид как результат сложных бессознательных процессов, связанных с внутренними конфликтами, подавленной агрессией и нарушенными объектными отношениями. Его идеи, изложенные в работах «Печаль и меланхолия» (1917) и «По ту сторону принципа удовольствия» (1920), остаются фундаментальными для психоаналитического понимания самоубийства.

Фрейд ввёл понятие «влечения к смерти» (Танатос) как противоположность влечению к жизни (Эрос) [17]. Согласно его теории, человек испытывает бессознательное стремление к саморазрушению, которое может проявляться в суицидальных мыслях. Когда энергия Танатоса направляется вовне, она выражается в агрессии к другим. Если же она обращается внутрь, возникает аутоагgression, включая самоубийство.

В работе «Печаль и меланхолия» Фрейд [18] объяснил суицид через механизм интроекции – процесс «поглощения» образа другого человека в собственную психику. При реальной или символической утрате значимого человека (например, из-за расставания или смерти) возникает гнев, который невозможно

выразить наружу. Человек бессознательно идентифицирует себя с утраченным объектом и перенаправляет агрессию на себя. Это приводит к самообвинениям, чувству вины и суицидальным импульсам.

Фрейд противопоставлял меланхолию (глубокую депрессию) обычной печали. В меланхолии человек воспринимает себя «плохим», недостойным, что провоцирует аутоагgression. Суицид становится символической попыткой «убить» ненавидимую часть себя, связанную с интровертированным объектом.

Сверх-строгое Супер-Эго (моральная инстанция психики) играет ключевую роль в суицидальном поведении и может требовать наказания за бессознательные «преступления» (например, эдиповы желания или агрессию к родителям). Так, подросток, испытывающий бессознательную враждебность к отцу, развивает чувство вины, которое приводит к попытке суицида как искуплению.

Фрейд связывал суицид с компульсивным повторением травматического опыта, когда человек бессознательно воспроизводит ситуацию, где был жертвой (например, насилия), чтобы «овладеть» болью. Суицид может быть попыткой взять под контроль невыносимые переживания, превратив пассивное страдание в активное действие.

Несмотря на имеющиеся ограничения теории Фрейда, (биологический редукционизм, субъективность интерпретаций, игнорирование социальных факторов) этот подход заложил основу для понимания роли бессознательных механизмов в суицидальном поведении и остаётся актуальным в клиническом психоанализе. Его идеи подчёркивают, что самоубийство – не рациональный акт, а символическое разрешение внутреннего конфликта.

Эго-психология, развитая последователями Зигмунда Фрейда (Анной Фрейд [16], Хайнцем Хартманном [19], Эриком Эриксоном [23]), акцентирует роль Эго как посредника между инстинктивными импульсами (Ид), моральными требованиями (Супер-Эго) и внешней реальностью. В рамках этого подхода суицид и саморазрушение рассматриваются как следствие несостоительности защитных механизмов Эго, неспособности справиться с внутренними конфликтами или внешними стрессорами. При неразвитости или регрессии Эго доминируют примитивные защиты (например, отрицание, проекция), что повышает риск саморазрушения. Жертва перенимает роль обидчика, направляя агрессию на себя (идентификация с агрессором, Анна Фрейд). Например, ребёнок, подвергавшийся насилию, начинает наказывать себя («Я заслуживаю боли»). Невыносимые эмоции (вина, стыд) преобразуются в физическую боль через самоповреждение (соматизация аффекта). Подросток режет себя, чтобы «заглушить» чувство опустошённости.

Теория объектных отношений, развитая Мелани Кляйн, Дональдом Винникоттом, Отто Кернбергом [3, 5-9] и другими, рассматривает суицид

как результат нарушений в ранних отношениях с ключевыми фигурами ранне-го детства (объектами), которые формируют внутренние психические структуры. Эти нарушения приводят к конфликтам между «хорошими» и «плохими» внутренними объектами, провоцируя саморазрушение как способ справиться с невыносимыми эмоциями или восстановить утраченную связь.

Особое значение в теории объектных отношений придается расщеплению (*splitting*): механизм защиты, при котором человек разделяет мир на абсолютно «хорошее» и «плохое», не способный интегрировать противоречивые качества.

Согласно Мелани Кляйн [9], ребёнок, сталкиваясь с фрустрацией (например, отсутствием матери), расщепляет её образ на «хорошую грудь» (удовлетворяющую) и «плохую грудь» (фрустрирующую). Неспособность интегрировать эти образы во взрослом возрасте приводит к тому, что «плохой» объект интровертируется в себя. Суицид становится при этом символической попыткой уничтожить «плохую» часть себя, связанную с ненавистным внутренним объектом.

При отсутствии «достаточно хорошей матери», согласно Дональду Винникотту [3] у ребёнка не формируется стабильное чувство самости. Суицид может быть символическим возвращением к младенческому состоянию, где смерть воспринимается как воссоединение с утраченным объектом. Так, например, пациент с историей эмоционального пренебрежения совершает суицид, бессознательно желая «вернуться» к матери через смерть.

У людей с пограничной организацией личности, которых мы часто наблюдаем в группу риска по самоповреждающему поведению и суицидам, по Отту Кернбергу [7, 8], преобладает примитивное расщепление. Ненависть к внешнему объекту (например, партнёру) интровертируется, превращаясь в самоуничтожение. Работа с такими пациентами вызывает интенсивные чувства (гнев, беспомощность) у помогающего специалиста, которые важно анализировать для понимания их внутреннего мира.

В теории сепарации-индивидуации Маргарет Малер [27] указывает, что неудача в отделении от родителей ведёт к страху быть поглощенным и одновременно быть покинутым. Суицид становится способом контролировать утрату, превращая пассивное страдание в активное действие. Так, например, подросток, чьи родители гиперопекают его, совершает суицидную попытку, чтобы «освободиться» от их контроля.

Суицид может быть реакцией на нарциссическую травму (например, унижение), когда самооценка резко разрушается (Хайнц Кохут) [9, 10], а может быть служить средством коммуникации, когда подросток, чувствующий себя «невидимым» в семье пытается «донести» непереносимую боль до других, когда слова «не работают».

Таким образом, самоповреждающее поведение и суицид в психоанализе трактуются как попытки справиться с невыносимыми аффектами, бессознательной виной или внутренними конфликтами. Ключевая задача терапии – помочь пациенту осознать эти механизмы, интегрировать расщеплённые части личности и найти альтернативные способы выражения боли. Современные подходы подчёркивают важность эмпатии, анализа контрпереноса и мультидисциплинарного подхода.

Список литературы

1. Балинт М. Базисный дефект. Терапевтические аспекты регрессии. – М.: «Когито-Центр», 2002. Винникотт Д. Игра и реальность. – М.: Институт Общегуманистических исследований, 2002.
2. Бек, А. и др. Когнитивная терапия депрессии. — СПб.: Питер Пресс, 2001. - 198 с.
3. Винникотт Д. Ненависть в контрпереносе. Эра контрпереноса: Антология психоаналитических исследований. - М.: Академический проект, 2000. С. 351-365.
4. Кемпински А. Меланхолия. — СПб.: Наука, 2002., 405 с.
5. Кернберг О. Агрессия при расстройствах личности. — М.: Класс, 1998., - 458 с.
6. Кернберг О. Ф. Агрессия при расстройствах личности и первверсиях. М.: Независимая фирма «Класс», 1998.
7. Кернберг О. Ф. Отношения любви: норма и патология. М.: Независимая фирма «Класс», 2000.
8. Кернберг О. Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / Пер. с англ. М. И Завалова. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 464 с.
9. Кляйн М. Зависть и благодарность. Исследование бессознательных источников. – СПб.: Б. С. К., 1997. Кляйн М., Айзекс С., Райвери Дж., Хайманн П. Развитие в психоанализе.- М.: Академический проект, 2001.
10. Кохут Х. Анализ самости. Системный подход к лечению нарциссических нарушений личности. – М.: «Когито-Центр», 2003.
11. Кохут Х. Восстановление самости. – М.: «Когито-центр», 2002.
12. Мак Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. — М.: Класс, 1998., - 475 с.
13. Менцос, С. Психодинамические модели в психиатрии. — М.: Алетейя, 2001, - 174 с.
14. Решетников, М. М. Психодинамика и психотерапия депрессии. — СПб.: ВЕИП, 2005, - 326 с.
15. Розенберг Б. Мазохизм смерти и мазохизм жизни. М.: Когито-Центр, 2018. - 212 с.
16. Фрейд А. Детский психоанализ. — СПб.: Питер, 2003. — 477 с.
17. Фрейд З. Лекции по введению в психоанализ и новый цикл. – М.: ООО «Фирма СТД», 2006.

18. Фрейд, З. Скорбь и меланхолия // Вестник психоанализа, № 1, 2002. — С. 13–29.
19. Хартманн Х. Эго-психология и проблема адаптации // *Journal of American Psychoanalytic Association. Monograph Series Number One*. — New York, 1958.
20. Холл, З.Д. Ландшафт депрессии. — М. : Алетейя, 1999., - 268 с.
21. Хорни К. Новые пути в психоанализе. — СПб: «Академический проект». 2009. — 240с.
22. Шапиро Д. Невротические стили. М.: Институт: Общегуманитарных Исследований. Серия. Современная психология: теория и практика, 2000 — 176 с.
23. Эриксон Э. Детство и общество. — СПб.: Изд-во «Летний сад», изд-во «Речь», 2000.
24. Bateman, A. and Fonagy, P. (2004) *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-based Treatment*, Oxford: Oxford University Press.
25. Luoma, J. B., Martin, C. E. and Pearson, J. L. (2002) 'Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence', *American Journal of Psychiatry* 159: 909±916.
26. Mahler, M. S. and Gosliner, B. J. (1955) 'On symbiotic child psychosis±genetic, dynamic and restitutive aspects', *Psychoanalytic Study of the Child* 10: 195±212.
27. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci*. 2003;4(10):819-28.
28. Skegg K. Self-harm. *Lancet* 2005;366:1471-1483

Луценко А. М., Оганесян В. А.

ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОЙ КОММУНИКАЦИИ ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

Российский государственный гуманитарный университет, Москва

Аннотация. В статье представлены результаты исследования особенностей семейной коммуникации подростков, склонных к суицидальному поведению. Показано, что игнорирование потребностей подростков в семейной коммуникации, неудовлетворение потребностей подростков в заботе, любви, внимании положительно взаимосвязано со склонностью к суицидальному поведению.

Ключевые слова: подростковый возраст, семейные эмоциональные коммуникации, стили воспитания, суицидальное поведение

Lutsenko A. M., Oganesyan V. A.

FAMILY COMMUNICATION OF ADOLESCENTS PRONE TO SUICIDAL BEHAVIOR

Russian State University for the Humanities, Moscow, Russia

Abstract. The article presents the results of a study of the features of family communication of adolescents prone to suicidal behavior. It is shown that ignoring the needs of adolescents in family communication, failure to meet the needs of adolescents for care, love, attention are positively associated with a tendency to suicidal behavior.

Keywords: adolescence, family emotional communications, parenting styles, suicidal behavior

Суицид принято определять как осознанное, добровольное, собственноручно выполненное саморазрушающее действие, непосредственной и ближайшей целью которого является смерть [3]. На сегодняшний день суицид занимает третье место по причине человеческих смертей (уровень самоубийств в Европейском регионе ВОЗ (10,5 на 100 000 за 2019 год). На 2019 год суицид был второй причиной смерти у лиц подросткового возраста. В большинстве случаев самоубийства совершаются в результате сочетания психологических, социальных и биологических факторов с факторами – кризисными ситуациями [8]. Многие отечественные авторы обращают внимание на зависимость душевного благополучия детей от воздействия на них семьи [7, 9, 10]. Изучение теоретических подходов, связанных с особенностями семейных коммуникаций в семье, помогут охарактеризовать семейные причины возникновения суицидального поведения у подростков [1, 4, 6]. Несмотря на многочисленные исследования, посвященные пониманию причин и предикторов суицидального

поведения, недостаточно внимания уделяется специфике семейной коммуникации подростков, склонных к повышенным суициальным рискам [2, 5, 9]. Важно изучить, как различные стили семейной коммуникации (открытость, поддержка, конфликты) влияют на психоэмоциональное состояние подростков. Некоторые исследования указывают на то, что поддерживающая и открытая коммуникация может служить защитным фактором, в то время как закрытость и наличие конфликтов могут увеличивать риск.

Целью данного исследования являлось изучение особенностей семейной коммуникации подростков, склонных к суициальному поведению. Объект исследования: особенности семейной коммуникации в дисфункциональных семьях. Предмет исследования: особенности семейной коммуникации подростков, склонных к суициальному поведению. Гипотеза исследования: существует взаимосвязь между особенностями семейной коммуникации (отсутствие поддержки, наличие семейных конфликтов и стремление к запрету на выражение эмоций в семье) и склонностью к суициальному поведению подростков.

В исследовании приняло участие 50 лиц подросткового возраста 15-17 лет и 50 матерей подростков. Контрольная группа включала 25 условно психически здоровых подростков и 25 матерей подростков. Исследование контрольной группы проводилось в ГБОУ школе № 1288 имени Героя Советского союза Н. В. Троян. В контрольную группу набирались только те респонденты, со слов которых в анамнезе не наблюдалось суициальных попыток и не наблюдалось обращений к врачу психиатру в связи с наличием суициальных мыслей. Респонденты экспериментальной группы набирались на открытых лекциях «Ассоциации корпоративных психологов», посвященных профилактике суициального поведения. В экспериментальной группе суммарно принял участие 50 человек: 25 матерей и 25 подростков в возрасте 15-17 лет, которые ранее предпринимали суициальные попытки и наблюдались у врача-психиатра в связи с суициальным поведением. Было получено согласие со стороны родителей на проведение исследования с детьми. Все респонденты дали информированное согласие на предоставление данных.

Методы исследования:

1. Опросник «Анализ семейных взаимоотношений» Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис (1987). Методика позволяет выявить основные типы взаимодействия между членами семьи, а также оценить уровни поддержки, доверия и конфликтности в семейной коммуникации.

2. Опросник родительского отношения А. Я. Варга, В. В. Столин (1988) позволяет исследовать, как именно родители взаимодействуют со своими детьми, каковы их ожидания и восприятие роли в воспитании.

3. Опросник «Подростки о родителях» в модификации З. Матейчика и П. Ржичана (1983). Этот опросник ориентирован на сбор информации о восприятии подростками своих родителей, направлен на изучение того, как подростки оценивают взаимодействия с родителями, как воспринимаются границы и требования, которые ставят перед ними родители. Данная методика позволяет оценить эмоциональную близость в семейных взаимодействиях и выявить области, где наблюдаются расхождения в восприятии.

4. Опросник суициального риска в модификации Т. Н. Разуваевой (1993) представляет собой инструмент, который предназначен для диагностики суициального риска, выявления уровня сформированности суициальных намерений с целью предупреждения попыток суицида у подростков. Это дает возможность отследить негативные установки у подростков.

Результаты исследования. По результатам проведенного тестирования с использованием опросника суициального риска в модификации Т. Н. Разуваевой в экспериментальной группе среднее значение выраженности суициального риска значительно выше (34,8), чем в контрольной группе (18,05). Это означает, что эмоции превалируют по сравнению с рациональным началом. Многие решения подростки экспериментальной группы принимают импульсивно, необдуманно, под воздействием чувств. Отмечается восприятие себя, ситуации и собственной жизни в целом как явления исключительного, не похожего на другие, и, следовательно, подразумевающего исключительные варианты выхода, в частности, суицид. Между тем, у данных подростков существуют трудности конструктивного планирования будущего. Это может быть следствием сильной погруженности в настоящую ситуацию, трансформацией чувства неразрешимости текущей проблемы в глобальный страх неудач и поражений в будущем.

По данным методики «Поведение родителей и отношение подростков к ним» (ПоР) в экспериментальной группе отсутствуют подростки с высоким уровнем оценки родителей с позиции позитивного интереса, 90% подростков с суициальными попытками оценивают родительское отношение как негативное. Среди подростков контрольной группы 92% оценивают отношение родителей к ним как весьма положительное. Лишь у 8% человек – средний уровень по этой шкале. Респонденты, которые воспринимают родительское отношение в качестве негативного, отсутствуют среди подростков контрольной группы.

Согласно данным методики «Анализ семейных взаимоотношений» (Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис), в экспериментальной группе отмечается средний уровень гиперпротекции, недостаточность контроля за ребенком составляет 6,6 баллов. Это означает, что данные родители не участвуют активно в воспитании и развитии своих несовершеннолетних детей подросткового

возраста. Они не считают нужным тратить на воспитание чересчур большие усилия и время. В контрольной группе средний уровень гиперпротекции составляет 8,6. Это указывает на то, что эти матери уделяют достаточно времени и сил ребенку, воспитание является для них важным делом жизни. Для данных респондентов не стоит вопрос выбора между карьерой и семьей – они всегда выберут семью. Воспитание ребенка они считают своей весьма важной обязанностью.

По опроснику А. Я. Варга-В.В. Столина в экспериментальной группе 70% родителей обладают низкой степенью принятия своего ребенка. В группе родителей контрольной группы эмоциональное принятие выражено на среднем уровне.

Как показала диагностика родителей подростков экспериментальной группы, у них отмечается средний уровень гиперпротекции. Это означает, что данные родители не участвуют активно в воспитании и развитии своих несовершеннолетних детей подросткового возраста. Они не считают нужным тратить на воспитание чересчур большие усилия и время. В особенностях родительского отношения родители оценивают себя как высоколояльных и нетребовательных. В свою очередь, их дети полагают, что родители не уделяют им должного внимания, заботы, сил и времени.

В экспериментальной группе отсутствуют подростки с высоким уровнем оценки родителей с позиции позитивного интереса. Они полагают, что их матери в среднем положительно к ним относятся, психологически принимают их. У 30% подростков экспериментальной группы имеет место низкий уровень по данной шкале. С точки зрения респондентов, их матери не одобряют обращение за помощью к ним в случае каких-либо затруднений. Средний уровень позитивного интереса отмечают у своих матерей большинство подростков – 70% человек. Количество респондентов, считающих, что их матери проявляют директивность в воспитании, составляет 60%. При этом 10% подростков с высоким риском суицида полагают, что их матери не применяют строгость по отношению к ним. Умеренную степень строгости используют, с позиции девочек, 30% матерей.

С позиции подростков экспериментальной группы, 10% родителей демонстрируют враждебность по отношению к ним. По оценкам 60% подростков, их родители не относятся к семейной среде с подозрительностью и не соблюдают длинную психологическую дистанцию со своими детьми. Вместе с тем, треть респондентов (30%) воспринимают умеренную враждебность со стороны своих матерей.

По мнению 80% респондентов экспериментальной группы, их матери непоследовательны в воспитании. Они то слишком строги и жестки, то чересчур либерально себя ведут. Подобная лабильность, вероятно, негативно

сказывается на ощущении себя в семье их дочерей подросткового возраста. У 20% респондентов имеет место средний уровень по этой шкале.

Большая часть подростков с низкой склонностью к суицидоопасному поведению показали низкий уровень враждебности со стороны своих матерей (66%). Средний и высокий уровень оценки враждебности имеет место у 17% человек.

Практически у всех подростков контрольной группы (92%) наблюдается восприятие своих матерей как заботливых, участвующих в их жизни и воспитании. Число респондентов со средним восприятием автономности – 8% человек. В данной группе отсутствуют подростки, которые считают, что их матери не обращают внимания на их воспитание. Высокую оценку родителям, как непоследовательным, дали 8% подростков контрольной группы.

В ходе проведенного корреляционного анализа были выявлены следующие взаимосвязи:

- игнорирование потребностей подростка, неудовлетворение своих детей в заботе, любви, внимании положительно взаимосвязано со склонностью к суицидальному риску ($0,76; p<0.05$);
- существует прямая взаимосвязь между гипопротекцией и склонностью к суицидальному риску у подростков ($0,61; p<0.01$);
- недостаточность семейных обязанностей подростка взаимосвязана с суицидальным риском ($0,84; p<0.05$);
- чрезмерность санкций, жесткий стиль воспитания взаимосвязаны со склонностью к суицидальному поведению ($0,617; 0,52; p<0.05$).

Выходы:

1. Игнорирование потребностей подростков в семейной коммуникации, неудовлетворение потребностей подростков в заботе, любви, внимании положительно взаимосвязано со склонностью к суицидальному поведению в подростковом возрасте.

2. У подростков, склонных к суицидальному поведению, в семейной коммуникации преобладают следующие аспекты, влияющие на повышение суицидального риска: проявление гипо, либо чрезмерной гиперопеки, игнорирование эмоциональных потребностей ребенка, недостаточность семейных обязанностей подростка, а также жесткий стиль воспитания в семье.

3. Подростки, не склонные к суицидальному поведению, оценивают своих родителей как позитивно настроенных, демонстрирующих психологическое принятие.

Список литературы

1. Амбрумова, А. Г. Индивидуально-психологические аспекты суицидально-го поведения / А. Г. Амбрумова // Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1978. – С. 40-52.
2. Жезлова, Л. Я. К вопросу о самоубийствах детей и подростков. В кн.: Актуальные проблемы суицидологии / Л. Я. Жезлова. - М., 1978. - С. 93-104.
3. Трунов, Д. Г. Определение суицида: поиск критерии / Д. Г. Трунов // Суицидология. – 2016. – № 1 (22). – С. 64-67.
4. Уитакер, К. Танцы с семьей: креативный подход к семейной терапии. М.: Сфера, 1990.
5. Фаринович, В. В. Психологические аспекты суицида и возможности их интерпретации / В. В. Фаринович // Современная зарубежная психология. – 2013. – № 3. – С. 122-128.
6. Фетисова, Л. Н. воздействие семейных факторов на формирование суицидального поведения подростков / Л. Н. Фетисова // Альманах сестринского дела. – 2011. – №1-2. – С. 29-30.
7. Шнейдер, Л. Б. Детская психология: проблемы теории и практики. – М.: Академия, 2001.
8. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. - 1966. – С. 47-115.
9. Шустова, С. В. Сравнительная характеристика различных стилей воспитания детей / С. В. Шустова // Форум молодых ученых. – 2019.
10. Эйдемиллер, Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. - СПб: Питер, 1999. - 652 с.

Маргошина И. Ю., Медвинская Э. Т.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АДАПТИРОВАННОСТИ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ РИСКАМИ У ПОДРОСТКОВ

СПб ГАОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы», Санкт-Петербург

Аннотация. Рассматриваются особенности адаптированности и ее выраженности у подростков с высоким и низким уровнями суицидального риска. Выявлены отрицательные взаимосвязи между показателями адаптированности и проявлениями суицидального риска у подростков.

Ключевые слова: суицидальный риск, адаптированность, подростковый возраст, неудовлетворенность.

Margoshina I. Y., Medvinskaya E. T.

THE RELATIONSHIP OF ADAPTATION WITH SUICIDAL RISKS IN ADOLESCENTS

St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work, St Petersburg, Russia

Abstract. The features of adaptability are considered. The severity of this phenomenon in adolescents who have high and low levels of suicide risk. Negative associations between different types of adaptation and the peculiarities of suicide risk in adolescents have been revealed.

Keywords: suicidal risk, adaptability, adolescence, dissatisfaction.

Адаптированность личности понимается как система приспособительных паттернов, которые личность актуализирует для того, чтобы добиться баланса между внутренним и внешним миром. В подростковом возрасте нарушение такого баланса (то есть дезадаптированность) может стать предиктором суицидального риска. Данное положение позволило сформулировать гипотезу исследования: снижение адаптированности взаимосвязано с увеличением показателей суицидального риска у подростков. Гипотеза определила цель и задачи исследования. Цель – охарактеризовать показатели адаптивности и суицидального риска в подростков. Задачи: 1. Изучить особенности суицидальных рисков и адаптированности у подростков 2. Сравнить особенности суицидальных рисков и адаптированности у подростков. 3. выявить взаимосвязь между показателями адаптированности и суицидальным риском у подростков. Методики психологической диагностики: «Опросник суицидального риска» А. Г. Шмелева (модификация Т. Н. Разуваевой), методика «Оценка состояния адаптированности личности» С. И. Яковенко. Методы математической статистики (непараметрический критерий Манна-Уитни и критерий ранговой корреляции (коэффициент Спирмена).

В исследовании приняли участие подростки СПб ГБУЗ ГЦОРЗП «Ювента». В качестве респондентов из общего количества обследованных подростков (n=72) на основе интегративной шкалы «Уровень суицидального риска» (методика «Опросник суицидального риска» А. Г. Шмелева) было отобрано 60 подростков, дифференцированных на 2 группы по критерию: «высокий/низкий уровень суицидального риска». 1 группа – 30 человек подростков с высоким уровнем суицидального риска ($m=20,9\pm1,3$), средний возраст 15 лет. 2 группа – 30 человек подростков с низким уровнем суицидального риска ($m=7,9\pm1,1$), средний возраст 15 лет.

По результатам опросника «Уровень суицидального риска» у подростков 1 группы (высокий суицидальный риск) наиболее выраженные показатели по шкалам «несостоятельность» ($m=5,6\pm0,1$) и «аффективность» ($m=5,4\pm1,2$). То есть подростки оценивают себя несостоятельными, склонными к фиксации на аффективных переживаниях, которых сложно контролировать. У подростков 2 группы (низкий риск) все показатели суицидального риска находятся на низком уровне. При сравнении групп были получены значимые различия ($p\leq0,01$) по всем показателям суицидального риска, которые доминируют у подростков 1 группы. Анализ результатов методики «Оценка состояния адаптированности личности» показал, что у подростков 1 группы общий уровень адаптированности низкий ($m=17,6\pm1,3$). Их профиль «адаптивности» представлен низкой степенью удовлетворенности собой ($m=3,5\pm1,7$), общением с окружающими ($m=4\pm1,2$), образом жизни ($m=4,5\pm0,4$). У подростков 2 группы высокий показатель адаптированности ($m=49,2\pm1,2$), а также высокая степень удовлетворенности собой ($m=12,3\pm1,7$), общением, образом жизни ($m=12,5\pm1,2$). Результаты статистического анализа показали значимые различия ($p\leq0,01$) между группами по всем параметрам адаптивности, которые значимо ниже у подростков 1 группы.

Были выявлены отрицательные корреляционные связи ($r\leq0,01$) между такими факторами суицидального риска как: высокий уровень суицидальной опасности, негативная самооценка, трудность сдерживания и контроля негативного аффективного состояния, пессимистичное будущее, демонстративное поведение, и такими показателями адаптированности, как общий ее уровень, степень удовлетворенности образом жизни, учебной деятельностью.

Таким образом, у подростков с суицидальным риском выявлены низкая самооценка, трудности коммуникации, неудовлетворенность учебой и образом жизни в целом. Дезадаптированность, определяемая как система показателей неудовлетворенности и противоположная адаптированности, усиливает такие показатели суицидальных рисков как негативная оценка будущего, трудности аффективной регуляции, низкая самооценка.

Мартынова Е. В., Данилова Е. Л.

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ

УЗ «Витебский областной клинический центр психиатрии и наркологии»,
г. Витебск, Республика Беларусь

Аннотация. В Республике Беларусь проводится последовательная государственная политика, направленная на профилактику суицидов среди несовершеннолетних, данная работа носит межведомственный характер, координируется Министерством здравоохранения Республики Беларусь и является важной составной частью снижения показателя смертности детей от внешних причин.

Ключевые слова: суицидальное поведение несовершеннолетних, межведомственное взаимодействие, профилактика.

Martynova E., Danilova E.

VITEBSK REGIONAL CLINICAL CENTER OF PSYCHIATRY AND NARCOLOGY, VITEBSK, BELARUS

Prevention of suicidal behavior of minors in Vitebsk region, Vitebsk, Belarus

Abstract. A consistent Government policy aimed at preventing suicide among minors is being pursued in Belarus; this work is interdepartmental, coordinated by the Ministry of Health and is an important part of reducing the mortality rate among children from external causes.

Keyword: suicidal behavior of minors, interagency cooperation, prevention.

С социальной, экономической и медицинской точек зрения в Витебской области, как и в Республике Беларусь, остро стоит проблема смертности от суицидов среди несовершеннолетних и необходимости их предотвращения. В Республике Беларусь существует система раннего выявления несовершеннолетних, находящихся в кризисных и социально опасных ситуациях. В основе предупреждения самоубийств лежит межведомственное взаимодействие органов исполнительной власти в сфере образования, здравоохранения, социальной защиты, органов внутренних дел, комиссий по делам несовершеннолетних и других заинтересованных ведомств.

Врачи психиатры-наркологи, врачи психиатры детские, врачи педиатры осуществляют выявление факторов риска суицидальных действий при посещении несовершеннолетним и его законным представителем учреждения здравоохранения с использованием специальных шкал и опросников.

Информация о несовершеннолетних, совершивших суицидальные попытки, поступает в Витебский областной клинический центр психиатрии

и наркологии из учреждений здравоохранения области, инспекций по делам несовершеннолетних, комиссий по делам несовершеннолетних, из учреждений образования, а также в результате добровольного обращения граждан.

В Витебском областном клиническом центре психиатрии и наркологии создан реестр суицидов и суициальных попыток несовершеннолетних, который составляется на основании Извещения о лице, совершившем суициальную попытку (самоповреждение) (основание: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22.04.2020 №480 «О мерах по оптимизации профилактике суицидов в Республике Беларусь»).

Во всех учреждениях здравоохранения Витебской области приказом главного врача закреплены конкретные медицинские работники ответственные за организацию работы по выявлению суициального поведения, организацию необходимого объема медицинской и психологической помощи, реализацию мероприятий профилактического характера.

В должностных обязанностях всех медицинских работников учреждений здравоохранения закреплена функция психопрофилактической и психообразовательной работы среди населения.

В РБ сохраняется высокая суициальная активность (суициальное поведение) среди несовершеннолетних. Количество выявленных суициальных попыток в Витебской области выше других областей республики, что свидетельствует о налаженной работе по выявлению суициального поведения (Таблица 1).

*Таблица 1
Парасуициды несовершеннолетних (до 18 лет) в Витебской области*

Годы	Суициальные попытки (абс. число/на 100 тыс. детского населения)
2019	94/44.8
2020	41/19.5
2021	94/46.73
2022	105/52.66
2023	117/58.9
2024	70/35.6

Рост количества детей, склонных к суицидоопасному поведению, в том числе обусловлен и активизацией работы всех субъектов профилактики по выявлению несовершеннолетних, находящихся в кризисных ситуациях. Анализ суициальной активности несовершеннолетних в Витебской области за 2019-2024 гг. показал, что чаще суициды совершили подростки 15-18 лет (64.7%), дети до 15 лет составили 35.3%, по полу 52.9% составили девочки, 47.1% – мальчики. По месту проживания – город 76.4%, село – 23.5%, образование: ученики школ – 58.8%, специальное профессиональное образование – 41.2%.

По способу суицида: падение с высоты – 52.9%, повешение – 47.1%. По причинам наиболее часто комплекс проблем – 41.2%, непонимание в семье – 35.3%, ссоры со сверстниками, несчастная любовь – 23.5%.

В учреждениях здравоохранения Витебской области обеспечена доступность оказания кризисной помощи детям, разработана нормативно-правовая база, регламентирующая оказание специализированной помощи детям (приказ главного управления по здравоохранению Витебского облисполкома от 13.05.2020 №230 «О работе по профилактике суицидов в Витебской области», План мероприятий по профилактике суициального поведения населения Витебской области на 2022–2025 годы). Обеспечено проведение ежеквартальной сверки со всеми субъектами профилактики данных о несовершеннолетних, совершивших суициальные попытки.

Работа с кризисными состояниями состоит из нескольких направлений:

1. Выявление.
2. Минимизация последствий.
3. Профилактика: первичная и вторичная.

Совместно с кафедрой психиатрии и наркологии Витебского государственного медицинского университета, Витебским областным институтом развития образования разработано методическое пособие «Мы сами. Курс формирования жизненной устойчивости к социально-неблагоприятным факторам у школьников» для психологов и педагогов системы образования. Министерством образования Республики Беларусь курс занятий «Мы сами» утвержден и рекомендован для факультативных занятий в школах республики. Задачи факультативных занятий:

- формирование ценностного отношения к своему здоровью и здоровью других людей;
- побуждение учащихся к самопознанию и самосовершенствованию для формирования ответственного отношения к своему здоровью;
- повышение стрессоустойчивости обучающихся в современных реалиях социально-культурного пространства;
- обучение учащихся управлению своим эмоциональным состоянием и навыкам преодоления кризисных ситуаций;
- обучение навыкам противления потреблению алкоголя, наркотических, токсических веществ, никотина и др.;
- профилактика компьютерной и игровой зависимости, вовлечения в деструктивные религиозные объединения и молодежные группировки;
- формирование позитивного мышления как фактора благополучия человека;
- повышение коммуникативной компетенции.

Особенностями программы являются:

Изменение вектора работы с учащимися: с запретительного – на информационно-формирующий.

Комплексный подход: активное получение необходимых знаний, тренинг необходимых умений, формирование активной жизненной позиции.

Сочетание побуждения к самостоятельному поиску решений и опосредованного влияния (разумной помощи) со стороны взрослых.

Учебная программа факультативных занятий разработана для 5-х, 6-х, 7-х, 8-х классов с учётом возрастных особенностей учащихся. Занятия рассчитаны на 35 часов в каждом классе) имеют информационно-формирующий характер. Частота занятий, проводимых педагогом-психологом, 1 раз в неделю, в течение учебного года.

Каждое занятие является целостным и законченным, имеет следующую структуру:

- организационный момент: приветствие, создание рабочей атмосферы, сообщение темы;
- разминочное упражнение, которое направлено на активизацию (разогрев) участников и подготовку к работе по предложенной теме занятия;
- постановка проблемы, обсуждение, принятие решений (выработка определенных понятий и правил);
- выполнение практических упражнений и их обсуждение;
- подведение итогов занятия.

Занятия рассчитаны на подростков в возрасте от 10-ти до 14-ти лет.

В Витебской области данный курс внедрен 105 школах.

Специалистами УЗ «Витебский областной клинический центр психиатрии и наркологии» в 2024 году разработана Программа практических занятий с элементами тренинга по профилактике суицидального поведения среди подростков «Передо мной жизнь». Настоящая программа содержит примерный план мероприятий, рекомендованных к проведению в общеобразовательных школах с учащимися подростками. Данная программа актуальна для педагогов-психологов учреждений образования для применения ее в работе с учащимися-подростками с целью выявления возможного суицидального риска, изучению эмоционального состояния и профилактике дезадаптационного поведения. Цели программы: повышение уровня мотивации достижения, повышение уровня осознания своих чувств, эмоций, и переживаний, обучение навыкам поиска внутренних и внешних ресурсов с целью повышения социально-психологической адаптации.

Специалистами Витебского областного клинического центра психиатрии и наркологии совместно с Витебским областным институтом развития образования разработаны методические рекомендации «Психолого-педагогическая

профилактика и преодоление кризисных состояний у обучающихся» по организации в учреждениях общего среднего образования работы по психолого-педагогической профилактике и преодолению кризисных состояний у обучающихся. В данных материалах отмечена важность построения диалога специалистов учреждений образования с законными представителями учащихся. Предлагаемые материалы адресуются слушателям повышения квалификации, заместителям директоров по воспитательной работе, педагогам-психологам, педагогам социальным, классным руководителям.

Дети и подростки, находящиеся в кризисных ситуациях, могут получить консультативную помощь в самых различных структурах:

- психиатрические и наркологические кабинеты во всех центральных районных больницах; психоневрологических диспансерах области,

- телефоны доверия;
- образовательные учреждения,
- медицинские учреждения (Центры дружественные подросткам)
- социально-педагогические центры,
- общественные организации,
- СМИ (колонка психолога, психотерапевта, советы других специалистов и др.).

С целью оказания экстренной психолого-психиатрической помощи населению области в случае возникновения чрезвычайных ситуаций с 2019 года в Витебской области действуют региональные группы экстренного реагирования на кризисные ситуации в состав которой входят 58 кризисных педагогов-психологов и 2 бригады экстренного реагирования, которые ежегодно в рамках межведомственного взаимодействия проходят учения с МВД, УКГБ, МЧС и другими структурами. В целях оказания своевременной психологической помощи лицам, находящимся в кризисных ситуациях, связанных со смертью несовершеннолетних от внешних причин и иных ситуациях, требующих безотлагательной кризисной психологической помощи в январе 2025 года на базе учреждения здравоохранения «Витебский областной клинический центр психиатрии и наркологии» (далее – УЗ «ВОКЦ психиатрии и наркологии») создана бригада по оказанию психологической помощи в ситуациях, связанных со смертью несовершеннолетних от внешних причин и иных ситуациях, требующих безотлагательной кризисной психологической помощи с организацией дежурств на дому (далее – бригада по оказанию психологической помощи). Данная бригада выезжает для оказания психологической помощи родственникам суицидентов.

Вопросы кризисных ситуаций, суицидального и асоциального поведения несовершеннолетних, семейного неблагополучия находятся на постоянном контроле всех субъектов профилактики. Максимальная эффективность дея-

тельности по профилактике самоубийств может быть достигнута при условии слаженной, взаимодополняющей работы органов власти и различных структур, ведомств, организаций: образовательных, медицинских, правоохранительных, социальных и иных.

Список литературы

1. Инструкция по применению «Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения у детей и подростков (руководство для педагогов, психологов и других специалистов учреждений образования)» рег.№ 016–0209 от 10.04.2009г. УО «Белорусский государственный университет»
2. «Суицидальное поведение детей и подростков: диагностика, профилактика, коррекция», методические рекомендации, М. А. Алимова, Барнаул, 2014 г.
3. «Исследование проблем психического здоровья и суицидальное поведение подростков и молодежи в Беларусь» Министерство здравоохранения Республики Беларусь Детский Фонд ООН (ЮНИСЕФ) в Республике Беларусь, 2019 г.

Медвинская Э. Т.

ЛИЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ РИСКОМ

СПб ГАОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы», Санкт-Петербург

Аннотация. Статья посвящена характеристике личностных особенностей подростков с суицидальным риском. Представлен сравнительный анализ личностных характеристик между подростками с высоким и низким уровнем суицидального риска.

Ключевые слова: Суицидальный риск, эмоциональная сфера, виктимность, копинг-стратегии.

Medvinskaya E. T.

PERSONALITY CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS AT RISK OF SUICIDE

St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work, St Petersburg, Russia

Abstract. The article is devoted to the characterization of personality traits in adolescents at risk of suicide. A comparative analysis of personality characteristics between adolescents with high and low levels of suicidal risk is presented.

Keywords: Suicidal risk, emotional sphere, victimization, coping strategies.

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), практически 20% всех самоубийств приходится на подростков и юношеский. Процент суицидальных действий и намерений значительно выше, что подчеркивает масштаб и серьезность данной проблемы [1].

При этом в биopsихосоциальной модели здоровья личностные особенности являются причиной суицидального риска у подростков [2]. Сам фактор сравнения подростков с высоким и низким уровнями суицидального риска может помочь более фокусно разработать систему профилактики в этой области [3].

Цель исследования: изучить личностные характеристики подростков с разным уровнем суицидального риска и их влияние на суицидальное поведение.

Задачи исследования. Охарактеризовать личностные черты подростков с разным уровнем суицидального риска, включая эмоциональную нестабильность, низкую самооценку, социальную изоляцию, деструктивные копинг-стратегии, агрессивность и низкую стрессоустойчивость;

Определить уровень виктимности, особенности эмоциональной сферы и защитно-совладающего поведения в обеих группах;

Сравнить личностные характеристики у подростков двух групп;

Таблица 1

Сделать вывод и составить рекомендации по профилактике суицидальных рисков.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие подростки СПб ГБУЗГЦОРЗП «Ювента» в общем количестве 60 человек (средний возраст 15 лет). Подростки были дифференцированы на 2 группы по уровню суицидального риска на основе методики «Опросник суицидального риска А. Г. Шмелева».

В качестве респондентов из общего количества обследованных подростков (n=72) на основе интегративной шкалы «Уровень суицидального риска» (методика «Опросник суицидального риска» А. Г. Шмелева) было отобрано 60 подростков, дифференцированных на 2 группы по критерию: «высокий/низкий уровень суицидального риска». 1 группа – 30 человек подростков с высоким уровнем суицидального риска ($m=20,9 \pm 1,3$), средний возраст 15 лет. 2 группа – 30 человек подростков с низким уровнем суицидального риска ($m=7,9 \pm 1,1$), средний возраст 15 лет.

Для чего и были использованы следующие методики: с целью выявления скрытых механизмов проявления социальной и игровой роли жертвы – опросник «Тип ролевой виктимности» М. А. Одинцовой, с целью выявления структуры самоотношения личности – методика исследования самоотношения С. Р. Пантелеева, с целью исследования особенностей поведения в проблемных и трудных для личности ситуациях – опросник «Копинг-стратегии» Р. Лазаруса (адаптация НИПНИ), для диагностики системы отношений личности к временному континууму – опросник временной перспективы Зимбардо (адаптация Е. Т. Соколова, О. В. Митина);

Методы математической статистики: анализ средних величин, критерий сравнения (Манна-Уитни).

Результаты и обсуждение. Анализ результатов опросника «Тип ролевой виктимности» показал, что у подростков 1 группы (с риском склонности к суицидальному поведению) наиболее высокие показатели по шкалам «общий показатель виктимности» ($m=8,7 \pm 1,5$) и «социальная роль жертвы» ($m=8,7 \pm 1,4$), что свидетельствует о низкой жизнестойкости.

У подростков 2 группы (без риска) средние результаты по всем шкалам («Общий показатель виктимности», «Игровая роль жертвы», «Социальная роль жертвы»), что указывает на меньшую выраженность виктимных характеристик.

Как показано в таблице №2, статистический анализ выявил значимые различия ($p \leq 0,01$) между группами по всем шкалам. У подростков 1 группы отмечены более выраженные свойства виктимности: низкая устойчивость к трудностям, отсутствие чётких целей, инфантильное поведение, склонность к манипуляциям и одна из форм аутсайдерства.

Шкала	Группа №1 (с риском) (M±SD)	Группа №2 (без риска) (M±SD)	Манна-Уитни (U) Ukr≤0,01=292 Ukr≤0,05=338
Общий показатель виктимности	$8,7 \pm 1,5$	$5,4 \pm 1,3$	1*
Игровая роль жертвы	$7,9 \pm 1,6$	$5,2 \pm 1,4$	2.5*
Социальная роль жертвы	$8,7 \pm 1,4$	$5,5 \pm 1,2$	1*
<i>Условные обозначения значимости различий: ** -p≤0,01, * -p≤0,05</i>			

Анализ результатов «методики исследования самоотношения» показал, что у подростков 1 группы (с риском) средние показатели по шкалам «Внутренняя честность» ($m=5,2 \pm 1,1$), «Самоуверенность» ($m=4,8 \pm 1,3$), «Саморуководство» ($m=5,1 \pm 1,0$), «Отраженное самоотношение» ($m=5,0 \pm 1,2$), «Самоценность» ($m=5,3 \pm 1,4$), «Самопринятие» ($m=4,9 \pm 1,1$), «Самопривязанность» ($m=5,2 \pm 1,0$), «Внутренняя конфликтность» ($m=5,0 \pm 1,3$) и «Самообвинение» ($m=5,1 \pm 1,2$).

У подростков 2 группы (без риска) высокий показатель по шкале «Самоценность» ($m=8,0 \pm 1,2$), что указывает на ощущение личной значимости.

Таблица 2

Шкала	Группа №1 (с риском) (M±SD)	Группа №2 (без риска) (M±SD)	Манна-Уитни (U) Ukr≤0,01=292 Ukr≤0,05=338
Внутренняя честность	$5,2 \pm 1,1$	$7,1 \pm 1,0$	213**
Самоуверенность	$4,8 \pm 1,3$	$6,9 \pm 1,2$	6.5**
Саморуководство	$5,1 \pm 1,0$	$7,2 \pm 1,1$	130**
Отраженное самоотношение	$5,0 \pm 1,2$	$7,0 \pm 1,1$	0*
Самоценность	$5,3 \pm 1,4$	$8,0 \pm 1,2$	84**
Самопринятие	$4,9 \pm 1,1$	$6,1 \pm 1,0$	15
Самопривязанность	$5,2 \pm 1,0$	$6,0 \pm 1,1$	12.5
Внутренняя конфликтность	$5,0 \pm 1,3$	$3,9 \pm 1,2$	0*
Самообвинение	$5,1 \pm 1,2$	$4,0 \pm 1,1$	2.5*
<i>Условные обозначения значимости различий: ** -p≤0,01, * -p≤0,05</i>			

Статистический анализ выявил различия ($p \leq 0,05$) между группами по всем шкалам, как видно в таблице №2, кроме «Самопринятие» и «Самопривязанность». У подростков 1 группы отмечены низкое самомнение, ожидание противоположных чувств от окружающих и отрицание проблем.

Анализ результатов опросника «Способы совладающего поведения» показал, что у подростков 1 группы (с риском) средние показатели по всем шкалам, кроме «Дистанцирования» ($m=62,6\pm7,8$) и «Бегства-избегания» ($m=69,5\pm6,9$), где отмечены высокие значения. Это свидетельствует о склонности снижать субъективную значимость проблемы и эмоциональную вовлеченность в нее, а также реагировать уклонением.

У подростков 2 группы (без риска) средние показатели по всем шкалам, что указывает на использование разнообразных стратегий совладающего поведения. Однако обе группы чаще применяют копинг-стратегию «Бегство-избегание».

Обращаясь к таблице №3, отметим, что статистический анализ выявил значимые различия между группами по шкалам «Дистанцирование», «Принятие ответственности» и «Бегство-избегание» ($p\leq0,05$), а также по шкалам «Самоконтроль» и «Поиск социальной поддержки» ($p\leq0,01$).

Таблица 3

Шкала	Группа №1 (с риском) ($M\pm SD$)	Группа №2 (без риска) ($M\pm SD$)	Мана-Уитни (U) Укр $\leq0,01=292$ Укр $\leq0,05=338$
Дистанцирование	$62,6\pm7,8$	$55,3\pm6,9$	183,5**
Бегство-избегание	$69,5\pm6,9$	$58,7\pm6,5$	168**
Принятие ответственности	$50,1\pm8,2$	$58,2\pm7,5$	170**
Самоконтроль	$54,3\pm7,1$	$62,1\pm6,8$	307*
Поиск социальной поддержки	$53,0\pm7,5$	$61,5\pm7,2$	308*

Условные обозначения значимости различий: ** - $p\leq0,01$, * - $p\leq0,05$

У подростков 2 группы более выражена склонность искать поддержку у близких, реже наблюдается подавление эмоций и выше осознание собственной ответственности за решение проблем.

Анализ результатов опросника «временной перспективы» показал, что у подростков 1 группы (с риском) высокие значения по шкалам «Негативное прошлое» ($m=3,9\pm0,8$) и «Фаталистическое настоящее» ($m=3,5\pm0,9$), а также низкие по шкале «Позитивное прошлое» ($m=3,0\pm0,7$). Это свидетельствует о пессимистичном восприятии прошлого и ощущении беспомощности и безнадежности в отношении будущего.

У подростков 2 группы (без риска) средние показатели по всем шкалам, но наивысшее значение имеет шкала «Позитивное прошлое» ($m=3,9\pm0,8$), что указывает на оптимистичное отношение к прошлому.

Как показано в таблице №4, статистический анализ выявил значимые различия ($p\leq0,05$) между группами по шкалам «Негативное прошлое»,

«Позитивное прошлое», «Фаталистическое настоящее» и «Будущее». У подростков 2 группы отмечается наличие целей и планов на будущее.

Таблица 4

Шкала	Группа №1 (с риском) ($M\pm SD$)	Группа №2 (без риска) ($M\pm SD$)	Мана-Уитни (U) Укр $\leq0,01=292$ Укр $\leq0,05=338$
Негативное прошлое	$3,9\pm0,8$	$2,8\pm0,7$	2**
Позитивное прошлое	$3,0\pm0,7$	$3,9\pm0,8$	200**
Фаталистическое настоящее	$3,5\pm0,9$	$2,7\pm0,8$	69**
Будущее	$3,2\pm0,8$	$4,1\pm0,9$	238**

Условные обозначения значимости различий: ** - $p\leq0,01$, * - $p\leq0,05$

Выводы. Анализ личностных характеристик подростков с разным уровнем суицидального риска позволил выявить существенные различия между группами:

- Подростки с высоким уровнем суицидального риска демонстрируют более выраженную виктимность (см. Таблицу 1), что связано с низкой жизнестойкостью и склонностью занимать позицию жертвы.
- В группе с высоким риском отмечается более низкие показатели по шкалам самоотношения (см. Таблицу 2), что указывает на негативный образ себя и ожидание отрицательных реакций от окружающих.
- Подростки с высоким уровнем риска чаще используют деструктивные копинг-стратегии, такие как «Бегство-избегание» и «Дистанцирование» (см. Таблицу 3), что снижает их способность эффективно справляться с жизненными трудностями.
- Временная перспектива подростков с высоким уровнем риска носит более пессимистичный характер, что проявляется в высоких значениях по шкалам «Негативное прошлое» и «Фаталистическое настоящее» (см. Таблицу 4).

Рекомендации. На основе полученных данных можно предложить следующие рекомендации по профилактике суицидального поведения среди подростков:

- Разработка и внедрение психологических программ, направленных на развитие жизнестойкости и снижение виктимности у подростков с высоким уровнем суицидального риска (например, тренинги по формированию уверенности и навыков сопротивления давлению окружения).
- Работа с самоотношением подростков, направленная на повышение уровня самопринятия, самоуважения и развитие позитивного образа себя через индивидуальные и групповые психологические консультации.

3. Формирование адаптивных копинг-стратегий, включая обучение конструктивному решению проблем и развитию навыков эмоциональной регуляции.

4. Развитие позитивной временной перспективы через формирование четких целей и планов на будущее, а также работу с негативными установками в отношении прошлого опыта.

5. Активное вовлечение подростков в поддержку со стороны значимых взрослых (родителей, учителей), что позволит снизить ощущение одиночества и беспомощности.

Список литературы

1. Всемирная организация здравоохранения. Самоубийство: [сайт]. — URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (дата обращения: 29.10.2024).
2. Ишаева Р.Р. Личностные особенности подростков с суицидальным поведением / Р.Р. Ишаева // Современные проблемы науки и образования. — 2021. — № 6. — С. 45–56.
3. Мирошниченко К.А., Халматова Е.А. Исследование психологических особенностей подростков с суицидальным поведением / К.А. Мирошниченко, Е.А. Халматова // Психология и психотехника. — 2023. — № 12. — С. 92–98.

Николаева О.Е.¹, Медведев Д.П.², Бычковский Д.А.^{1,3}, Пашковский В.Э.^{1,2}

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЛАДШИХ ПОДРОСТКОВ ЖЕНСКОГО ПОЛА, СОВЕРШИВШИХ НЕСУИЦИДАЛЬНЫЕ САМОПОВРЕЖДЕНИЯ

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С. С. Мнухина¹;
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»²;
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ³, Санкт-Петербург

Аннотация: в статье дана клиническая оценка девочек-подростков, совершивших несуицидальные самоповреждения.

Ключевые слова: несуицидальные самоповреждения, подростки, женский пол.

Nikolaeva O. E.¹, Medvedev D. P.², Bychkovskiy D. A.^{1,3}, Pashkovsky V. E.^{1,2}
SOME CHARACTERISTICS OF YOUNGER FEMALE ADOLESCENTS WHO COMMITTED NON-SUICIDAL SELF-HARM

St Petersburg State Budgetary Institution of Healthcare “S. S. Mnukhin Center for Rehabilitation Treatment “Child Psychiatry”¹;
St Petersburg State University²;

Federal state budgetary educational institution of higher education “St Petersburg State Pediatric Medical University of Ministry of health of the Russian Federation”³, St. Petersburg, Russia

Abstract. The article provides a clinical assessment of adolescent girls who committed non-suicidal self-harm.

Keywords: non-suicidal self-harm, adolescents, female gender.

Введение. Клинический интерес к поведению, связанному с намеренными актами самоповреждения, восходит к 1930-м годам и к психоаналитику Карлу Менningerу. Менninger использовал термин «членовредительство», считая такие действия формой смягченного самоубийства [1]. С этого времени концепция несуицидальных повреждений (НССП) прошла значительную эволюцию. В своей широко известной книге 1987 года «Тела в осаде» Армандо Фавацца [2] описал как исторические, так и современные проявления членовредительства и подготовил почву для систематических исследований на эту тему. Чтобы поведение можно было классифицировать как НССП (согласно определению Фавацца и диагностическим критериям DSM-5), оно должно быть преднамеренным и осознанным. Случайное нанесение себе порезов не является НССП. Однако в некоторых случаях установить наличие преднамеренности может быть сложно. DSM-5 требует, чтобы люди прибегали к НССП по одной или

нескольким из следующих причин: (1) чтобы избавиться от негативных чувств или когнитивных состояний, (2) чтобы разрешить межличностные конфликты или (3) чтобы вызвать положительные чувства [3]. Первое исследование распространённости НССП среди подростков в школах было опубликовано в 2002 году [4]. Оно показало, что распространённость «членовредительства» составляет около 14%. Несмотря на то, что до начала 2000-х годов о распространённости НССИ было известно немного, показатели распространённости были довольно стабильными в публикациях из разных стран за последние 15 лет. Несуицидальное членовредительство среди подростков вызывает растущую озабоченность. Однако мало что известно о гендере и особенностях такого поведения. Были исследованы гендерные различия в НССИ среди выборки из 7126 подростков, 1774 из которых сообщили, что участвовали в НССИ. Были изучены гендерные различия в распространённости, методе и локализации НССИ. Результаты показали, что женщины сообщали о более высоком уровне НССИ, о большем количестве порезов и царапин, а также о большем количестве травм рук и ног, чем их коллеги-мужчины. Мужчины сообщали о большем количестве случаев поджогов и ударов, а также о травмах груди, лица или гениталий. Это указывает на интересную закономерность НССИ, которую следует учитывать в будущих исследованиях для более точного изучения НССИ у женщин и мужчин [5]. Поведение аутоагрессивного характера, самоповреждающее поведение, и несуицидальные самоповреждения в настоящее время – явление, широко распространенное среди подростков. Стоит отметить, что показатели распространённости данного феномена остаются недостаточно изученными и представлены исследованиями для западных стран, сохраняется дефицит данных в исследованиях подросткового населения Российской Федерации ввиду малой изученности феномена на территории страны [6]. Недостаточно изученными остаются вопросы возраста начала НССИ, гендерных предпочтений, причин НССИ.

Целью исследования является изучение особенностей девочек-подростков, совершивших НССИ.

Пациенты и методы. Исследование проводилось в ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С. С. Мнухина. Всего обследовано 35 младших девочек-подростков, средний возраст 13,4 (σ 0,88). 11-летних пациенток было 2 (5,7%), 12-летних – 3 (8,6%), 13-летних – 9 (25,7%), 14-летних – 21 (60,0%). Другие смешанные расстройства поведения и эмоций (F 92.8) диагностировались у 25 (71,4%) пациенток, другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся в детском возрасте (F91.8, F92.0, F92.9) – у 4 (11,4%), невротические расстройства (F41, F43.21, F43.25) у 3 (8,6%), нервная анорексия (F50.0) у 2 (5,7%) и неуточнённое шизотипическое расстройство (F21.9) у 1 (2,9%).

Исследование проводилось с помощью специально разработанной нами карты, состоящей из 3 модулей и 53 пунктов.

Результаты исследования. Среди самоповреждений 68,6 процентов составили самопорезы, 31,4 смешанные (порезы, удары, прокалывание кожи, выдергивание волос, повреждения ногтей). Мотивами самоповреждений являются – самонаказание 28,6, чувство контроля – 20%, привлечение внимания – 14,3%, 37% – смешанные. По характеру самоповреждения – импульсивные 91,4%, повторяющиеся – 5,7%, компульсивные – 2,9%. Без суицидальных попыток – 14,3, в 25,7 процентах случаев присутствовала суицидальная идеация, 2,9 – намерения, 57,1 – наличие суицидальной попытки. Агрессия была выявлена в 74,3 процентах случаев, по характеру вербальная (22,9), смешанная (37,1), эмоциональная (8,6), физическая и киберагрессия – 2,9%. В прошлом суицидальные попытки у 6 человек (17,1 процент выборки), самоповреждения – 82,9%.

Наследственность не отягощена у 57% группы исследования, 8,6% – имеют близких родственников с пограничными нервно-психическими расстройствами, 8,6 – с зависимостью от употребления психоактивных веществ, шизофрения в наследственности у 5,7% выборки. Процент суицидального поведения: 82,9 – без отягощения наследственности по суицидам, 2,9 – самоповреждения, 2,9 – незавершенный суицид.

Среди семейных факторов выделяются: 48,5% девушек из полной семьи, в 68% случаев отмечался противоречивый стиль воспитания, 22,9% – с эмоциональным отвержением. В 80% характерны преобладающие зависимые отношения. Клинико-психологические факторы представлены: средний уровень депрессивных проявлений составил 34,3 (высокий, от 60-69 баллов), 25,7 – средний (50-59 баллов), 40% – без депрессии. Уровень повышенной тревожности выявлен у 77,2% исследованной группы. По уровню тревожности – 42,9% с высокой тревожностью, 34,3 – с выраженной на среднем уровне. Клинически в 40 процентов случаев регистрируется интернет-зависимость. Уровень интернет-зависимости, выявляемый с помощью опросников, высокий у всей группы исследования.

Выходы: 1. Для девушек с самоповреждающим поведением характерен высокий уровень суицидального риска – у 57% выборки в анамнезе суицидальная попытка, 25,7% с выраженной суицидальной идеацией. Самоповреждающее поведение преимущественно представлено самопорезами, импульсивное по характеру с преобладающими смешанными мотивами, среди которых потребность в самонаказании, поиск чувства контроля, привлечение внимания, эмоциональная регуляция.

2. Среди факторов, связанных с частотой самоповреждающего поведения, выделяются смешанные причины, интрапсихического характера и особен-

ности взаимодействия с социальной средой. Особый интерес представляет выделение в результатах кластерного анализа, кластера интернет-зависимости. Большинство девушек ограничены в социальном взаимодействии, проводят значительное время в интернете, социальных сетях, являются зависимыми от гаджетов, испытывают компульсивную потребность в постоянном просматривании интернет-сообществ, выраженный дискомфорт при ограничениях.

Список литературы

1. Menninger KA. *Man against Himself*. Harcourt, Brace: New York; 1938.
2. Favazza AR. *Bodies under Siege: Self-Mutilation in Culture and Psychiatry*. Baltimore: John Hopkins Press; 1987
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013
4. Ross S, Heath N. *A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents*. *J Youth Adolesc*. 2002;31:67–77. doi: 10.1023/A:1014089117419
5. Sornberger MJ, Heath NL, Toste JR, McLouth R. *Nonsuicidal self-injury and gender: patterns of prevalence, methods, and locations among adolescents*. *Suicide Life Threat Behav*. 2012 Jun;42(3):266-78. doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.0088.x. Epub 2012 Mar 21. PMID: 22435988.
6. Darin E. V., Zaitseva O. G. *The epidemiology of non-suicidal self-injurious behavior, a non-systematic narrative review*. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2023;57(2):8-19. (In Russ.) <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-694>

Онучина А. В.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ФОРМИРОВАНИЯ АДЕКВАТНЫХ СПОСОБОВ СОВЛАДАНИЯ С ТРУДНЫМИ ЖИЗНЕННЫМИ СИТУАЦИЯМИ У ПОДРОСТКОВ С АУТОДЕСТРУКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ (НЕСУИЦИДАЛЬНОЕ САМОПОВРЕЖДЕНИЕ)

Муниципальное общеобразовательное учреждение «Средняя общеобразовательная школа с углублённым изучением отдельных предметов №1», г. Советск

Аннотация. Заявив о проблеме аутодеструктивного поведения, мы осознаём, что взрослеющий человек, находясь в стремительно изменяющемся мире, нуждается в психолого-педагогическом сопровождении. Подтверждение мысли о возросшем интересе к изучению личности подростка в реальной жизни, мы находим в трудах отечественных психологов (Е. А. Климов, В. А. Орлов, В. В. Рубцов).

Ключевые слова: трудные жизненные ситуации, несуицидальное самоповреждение.

Onuchina A. V.

PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL TECHNOLOGY FOR THE FORMATION OF ADEQUATE WAYS OF COPING WITH DIFFICULT LIFE SITUATIONS IN ADOLESCENTS WITH AUTODESTRUCTIVE BEHAVIOR (NON-SUICIDAL SELF-HARM)

Municipal general education institution secondary general education school with advanced study of individual subjects No. 1, Sovetsk, Russia

Abstract. Having stated the problem of autodestructive behavior, we realize that an adult, being in a rapidly changing world, needs psychological and pedagogical support. Confirmation of the idea of an increased interest in studying the personality of a teenager in real life, we find in the works of Russian psychologists (E.A. Klimov, V.A. Orlov, V.V. Rubtsov).

Keywords: difficult life situations, not suicidal self-harm.

Анализ научных идей (Я. И. Гилинский, Ж. П. Сартр, А. Камю, М. Хайдегер) о кризисе мировоззрения, основанного на принципах индивидуализма, бездуховности и абсурдности, показывает, что в настоящее время проблема аутодеструктивного поведения подростков приобрела особую значимость. Если исходить из того, что размытость норм, ослабление социальной регуляции негативно влияют на культурные и духовные общественные устои, то всплеск аутодеструктивного поведения наблюдается в подростковом возрасте. Концептуальной основой для представленной психолого-педагогической

технологии служат положения, сформулированные в культурно-исторической теории происхождения и формирования психики и сознания Л. С. Выготского; теории развития личности ребёнка Л. И. Божович; концепции «субъектогенеза» А. В. Брушлинского [1, с.121-127].

Целевая аудитория, описание ее социально-психологических особенностей

Данная технология предполагает психолого-педагогическое сопровождение обучающихся 13-15 лет. Известно, что подростковый возраст – один из самых сильных демографических предикторов несуицидальных самоповреждений. Выбор данной возрастной категории обусловлен психологическими особенностями учащихся и наличием непреодолимых трудных жизненных ситуаций, а также выборкой по результатам психолого-педагогического исследования, проводимого в период с 2022-2025 гг. на базе МОУ СОШ с УИОП №1 города Советска Кировской области.

Проблемы и трудности, на решение которых направлена психолого-педагогическая технология

Межличностные проблемы подростков с аутодеструктивным поведением: нарушение процесса коммуникации (несуицидальное самоповреждение – призыв о помощи) [3, с.59-60].

Внутриличностные проблемы подростков с аутодеструктивным поведением: нарушение процесса регуляции эмоций. Психолого-педагогическая технология направлена на решение проблем снижения негативных эмоций; восстановления контроля над эмоциями; работа с негативными чувствами (ярость, разочарование, чувство вины, чувство стыда) [5, с.42-44].

Трудности, на решение которых направлена психолого-педагогическая технология

1. Нарушения эмоциональной регуляции (неспособность переносить и воспринимать неприятные (негативные) эмоции).

2. Когнитивно-аффективная диспозиция подростка с аутодеструктивным поведением (тревожные ожидания, негативный эмоциональный отклик на трудную жизненную ситуацию, угроза отвержения).

Описание проблемной ситуации, на решение которой направлена технология. Аутодеструктивное поведение подростков является одним из актуальных направлений современной психологии развития. Известно, что группа обучающихся с аутодеструктивным поведением нуждается в особых условиях воспитания и требует специального психолого-педагогического подхода (Федеральный закон «Об образовании в РФ»). Проблема аутодеструктивного поведения подростков раскрыта в трудах Ю. В. Попова, А. Е. Личко, П. И. Сидоров. Соглашаясь с научной позицией А. В. Ипатова в том, что аутодеструктивное поведение – поведение парадоксальное, так как противоречит самоосуществлению человека, достижению его биологического, психоло-

гического и социального благополучия, направлено не на рост и развитие, а на саморазрушение, заметим, что вне поля зрения учёного находится такой аспект, как специфика действий самоповреждающего характера (несуицидальные самоповреждения). Для раскрытия содержания понятия «несуицидальные самоповреждения» в контексте нашего исследования особое значение имеют такие характеристики как порезы ножом, проколы иглой и другими острыми предметами (Н.А. Польская) [6, с.102-103]. Дальнейший анализ идей Н. А. Польской о аутодеструктивном поведении показывает, что данное поведение определяют как намеренное причинение себе вреда, подразумевающее совершение действий, которые имеют негативные последствия для физического и психического здоровья [7, с.113-118]. При этом в своей психолого-педагогической технологии мы рассматриваем одну из форм аутодеструктивного поведения: несуицидальные самоповреждения (Van Orden, 2010).

Цель психолого-педагогической технологии – определить психолого-педагогические условия формирования адекватных способов совладания с трудными жизненными ситуациями у подростков с аутодеструктивным поведением (несуицидальное самоповреждение).

Длительность реализации технологии. Психолого-педагогическая технология формирования адекватных способов совладания с трудными жизненными ситуациями у подростков с аутодеструктивным поведением включает следующие взаимосвязанные структурные компоненты или технологические этапы:

- концептуализация деятельности образовательной организации по психолого-педагогическому сопровождению подростков с аутодеструктивным поведением (2022-2023 гг.);
- научно-методическая разработка программы вторичной профилактики аутодеструктивного поведения подростков (2022-2023 гг.);
- реализация мониторинга (2022-2024 гг.);
- организация деятельности психологической службы образовательной организации по профилактике аутодеструктивного поведения подростков (2022-2025 гг.).

Научно-методическое обеспечение технологии

– культурно-исторический подход (Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, Д. Б. Эльконин, Л. И. Божович, А. Г. Асмолов), акцентирующий внимание на взаимосвязи усвоения социального опыта и овладения собственным поведением;

– когнитивно-поведенческий подход (Е. А. Ромек, А. Б. Холмогорова, Дж. Бек, Дж. К. Зейг, В. М. Мьюнион, В. Мэйер, Э. Чессер): направлен на решение внутриличностных конфликтов, которые являются отражением социокультурных противоречий;

– субъективный подход (С. Л. Рубинштейн, Г. А. Цукерман, В. И. Слободчиков), учитывающий активный вклад самого человека в саморазвитие;

– экзистенциальный подход к проблемам формирования способности личности к свободному и ответственному выбору поведения (Н. А. Бердяев, А. Камю, В. Франкл, Д. А. Леонтьев).

Источники исследования:

– теории девиантного поведения личности (А. Г. Амбрумова, Т. Н. Горобец, Е. В. Змановская, Н. П. Фетискин);

– психология развития в современном социуме (И. А. Баева, И. А. Горьковая, Ю. Т. Матасов);

– психология подростка (С. Т. Порохова, А. А. Реан, Л. А. Регуш, Д. И. Фельдштейн).

Теоретическая значимость технологии заключается в том, что она способствует решению важной научной задачи – задачи определения психолого-педагогических условий формирования адекватных способов совладания с трудными жизненными ситуациями у подростков с аутодеструктивным поведением (несуицидальное самоповреждение).

Теоретическая значимость технологии заключается в разработке психолого-педагогической профилактической программы «Подростком» для обучающихся с аутодеструктивным поведением; в разработке содержания практических упражнений, направленных на формирование адекватных способов реагирования на ТЖС, представленных в содержании учебного плана программы. Результаты исследования могут быть использованы в учебно-воспитательном процессе школы, в процессе подготовки и повышения квалификации педагогических кадров, при подготовке учебно-методических изданий.

Методы исследования составили три основные группы: эмпирические методы (наблюдение, эксперимент, анализ документов, тестирование); методы обработки данных (качественный и количественный анализ результатов эксперимента с использованием методов математической статистики), а также интерпретационные методы.

Достоверность полученных результатов и обоснованность выводов обеспечена разработкой корректной методологической базы исследования, обоснованностью исходных теоретических позиций; разработанностью его методологического аппарата; проведением эксперимента в реальных педагогических условиях; сочетанием различных исследовательских подходов (качественного и качественного, сущностного и феноменологического) и методов исследования.

Коррекционные методики: психотехнические упражнения, рефлексия опыта, беседа, интерактивное моделирование, групповые дискуссии, просмотр киноуроков.

Ожидаемые результаты реализации технологии.

Категория участников образовательного процесса – обучающиеся.

Качественные показатели оцениваются с помощью сравнения результатов первичной и итоговой диагностики. На основе анализа результатов делается вывод о сформированности адекватных способов совладания с трудными жизненными ситуациями.

Количественные показатели оцениваются в результате математического вычисления количественного состава обучающихся, освоивших психолого-педагогическую профилактическую программу «Подростком».

Эффективность и результативность технологии рассматривается с помощью уровня сформированности следующих компетенций (качественные показатели):

– *познавательная компетенция*: сформированность адекватных способов совладания; познавательная самостоятельность и активность; мотивация личности подростка к познанию мира и себя; способность к самостоятельному решению ряда жизненных задач;

– *эмоционально-волевая компетенция*: снижение уровня личностной и ситуативной тревожности; владение основами самоконтроля, самооценки, принятия решений и осуществления осознанного выбора в учебной деятельности; эмоционально-положительное отношение к сверстникам и взрослым; воля и уверенность в себе;

– *коммуникативная компетенция*: эффективная коммуникация со сверстниками, доброжелательное отношение к сверстникам, бесконфликтное поведение, стремление прислушиваться к мнению товарищей; понимание причин успеха/неуспеха своей деятельности и способности конструктивно действовать даже в ситуациях неуспеха.

Категория участников образовательного процесса – родители.

Качественные показатели: психолого-педагогическая компетентность в области решения детско-родительских проблем в семье; позитивная привязанность детей к семье.

Категория участников образовательного процесса – педагоги школы.

Качественные показатели: компетенции в области формирования у обучающихся адекватных способов реагирования на ТЖС.

Список литературы

1. Кернберг О. Ф. *Агрессия при расстройствах личности и перверсиях.* М.: Независимая фирма «Класс», 1998. 367 С.
2. Короленко Ц. П., Шпикс Т. А. *Самоповреждающее и суицидное поведение у женщин с пограничной повреждающей психической организацией и пограничным личностным расстройством* [Электронный ресурс] // Медицина

и образование в Сибири. 2012. №. 3. URL: http://www.ngtmi.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=716 (дата обращения 10.08.2015).

3. Ласовская Т.Ю. Самоповреждающее поведение у лиц с пограничным личностным расстройством (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011. № 6. С. 58–61.
4. Ласовская Т.Ю., Короленко Ц.П., Сарычева Ю.В. Распространенность пограничного личностного расстройства среди подростков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 2. С. 19–20.
5. Польская Н.А. Взаимосвязь показателей школьного буллинга и самоповреждающего поведения в подростковом возрасте // Психологическая наука и образование. 2013. № 1. С. 39–49.
6. Польская Н.А. Зависимость частоты и характера несущицидальных самоповреждений от пола и возраста (в неклинической популяции) // Вопросы психологии. 2015. № 1. С. 97–109.
7. Польская Н.А. Модели коррекции и профилактики самоповреждающего поведения // Консультативная психология и психотерапия. 2016. № 3. С. 110–125.

Орлова А.А., Пинкевич О.Ю.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ГРУППОВОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ С САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина, Санкт-Петербург

Аннотация. В статье представлено описание работы психологической группы, целью которой является психокоррекция эмоциональной и поведенческой сфер у подростков 12–14 лет, практикующих несущицидальные самоповреждения.

Ключевые слова: самоповреждающее поведение, подростки, психологическая группа, психологическая коррекция.

Orlova A., Pinkevich O.

EXPERIENCE OF ORGANISING A PSYCHOLOGICAL INTERVENTION GROUP PROGRAMME FOR ADOLESCENTS WITH SELF-HARMING BEHAVIOUR

S. S. Mnukhin Children's Psychiatry Rehabilitation Centre, St Petersburg, Russia

Abstract. The article presents a description of a psychological group, the purpose of which is psychocorrection of emotional and behavioral spheres in adolescents 12–14 years old who practice self-harm.

Keywords: self-harm, adolescents, psychological group, psychological correction.

Введение. Аутоагрессия и ее влияние на поведение является одной из актуальных проблем подростковой психологии. Не существует однозначной оценки распространенности самоповреждающего поведения. Согласно обзору Дарьина и Зайцевой, доля занимающихся самоповреждением подростков в общей популяции в разных эмпирических исследованиях колеблется в среднем от 16,9% до 19,5% и демонстрирует тенденцию к росту [3]. Авторы также отмечают, что одним из ключевых аспектов изучения различных видов аутоагрессии остается ее недостаточная популяционная диагностика – вероятно наличие более высокого уровня указанной патологии в обществе [3]. Тем не менее акты самоповреждения являются одной из основных причин госпитализации подростков в стационар [4]. При этом далеко не все пострадавшие пациенты обращаются за психологической и психиатрической помощью после выписки для продолжения лечения и профилактики рецидивов.

Несущицидальные самоповреждения коррелируют с другими психопатологическими процессами, такими как суицидальное поведение, депрессия, расстройства личности, расстройства приема пищи [8]. Мысли

о самоповреждении могут предшествовать суицидальному поведению и попыткам суицида с летальным исходом [4].

Начало и закрепление аутодеструкции часто приходится на период с 12 до 14 лет [4]. В этом контексте необходимостью становится создание и внедрение в клиническую практику достаточного количества программ реабилитации и профилактики самоповреждений для подростковой группы как одной из наиболее уязвимой для формирования и закрепления самоповреждающих паттернов в поведении.

В Кабинет медико-психологической помощи (КМПП) часто обращаются подростки с самоповреждением как закрепленным способом совладания со стрессовыми и кризисными жизненными ситуациями. В связи с этим специалистами отделения была разработана программа психологического сопровождения указанной группы пациентов, нацеленная на коррекцию их эмоциональной и поведенческой сфер, а также развитие навыков ненасильственного социального взаимодействия.

Факторы развития самоповреждающего поведения у подростков.

На увеличение случаев самоповреждений в подростковой группе влияют многие факторы, в том числе особую роль в распространении информации о способах нанесения себе вреда, как инструменте регуляции эмоциональных процессов, среди подростков занимают медиа и цифровая среда [4].

Однако не только лишь доступность информации приводит к началу практики самоповреждений. Наиболее подвержены подростки с эмоциональной дисрегуляцией [4], вызванной условиями жизни и внутренними патологическими процессами личностного и психосоциального функционирования.

Совокупность наиболее часто определяемых исследователями факторов развития и закрепления самоповреждающих форм поведения у подростков внушительна: психотравмирующий опыт, связанный с насилием, переживанием острого горя и неблагоприятного детского опыта [2, 5]; кризисные ситуации, семейное неблагополучие и дисфункция детско-родительских взаимоотношений [9]; психопатологические процессы и состояния в детском возрасте [2]; личностные особенности, такие как тревожность, внушаемость, плохо направляемая активность, импульсивность, раздражительность, обидчивость, искаженное самоотношение [7]; недостаточный уровень общей верbalной культуры, интеллектуальная ригидность [7]; низкий адаптационный потенциал [6], переживаемые противоречия между знанием социально желательной картины поведения и реальными поступками [7]; стремление к взаимодействию и неспособность адаптироваться к социуму [5, 7], низкая конфликтустойчивость [6]; факты самоповреждения в близком окружении [9]; раннее приобщение к курению [5], употреблению психоактивных веществ [9], участие в неформальных подростковых группах [5], незанятость и другие [4].

Причиной самоповреждений с целью самонаказания также является негативное восприятие собственного тела, нарушение способности ощущать изменения физиологического состояния организма [1].

Ряд исследователей также выявили опосредованность самоповреждающего поведения через когнитивные факторы: неспособность к выбору конструктивных решений в условиях дистресса ведет к формированию и закреплению деструктивных форм совладания, таких как самоповреждение и аддиктивное поведение [10].

Классически считается, что несуицидальные формы самоповреждения имеют гендерную специфику и чаще встречаются у женщин [3]. Однако эпидемиологические данные показывают разные результаты относительно гендерного фактора: одни исследования указывают на большую частоту среди женщин по сравнению с мужчинами, тогда как другие не фиксируют каких-либо значительных отличий [3].

Самоповреждение имеет функции регулирования эмоциональных переживаний, управления дистрессом, самонаказания, неадаптивного и временного разрешения внутриличностных и межличностных конфликтов [4]. Подросток при этом ищет помощи, сочувствия от сверстников или взрослых, хотя частой является и история, когда подросток долгое время скрывает от остальных факт самоповреждений.

Цели и задачи программы групповой психологической коррекции для подростков с самоповреждающим поведением

На основе проведенного обзора факторов и причин, приводящих к развитию самоповреждающего поведения у подростков, специалистами КМПП была разработана программа групповой психокоррекции для подростков 12-14 лет.

Группа начала свою работу в январе 2024 года, является открытой для посещения. Встречи проводятся раз в неделю и направлены на поддержку эмоционального и социального развития подростков, психокоррекцию их поведенческой сферы. В безопасной и доверительной атмосфере посетители группы учатся выражать свои мысли и эмоции, решать конфликты, а также развивать навыки общения и саморегуляции. Длительность одного занятия 2 часа, среднее количество участников на встрече – 7 человек.

Задачи группы разработаны с учетом специфики факторов, которые определяются как значимые для формирования и закрепления актов самоповреждений у подростков:

Развитие у подростков рефлексии, способности к дифференцированию собственных эмоций, мыслей и потребностей.

Развитие эмоциональной саморегуляции через обучение способам управления стрессом и негативными эмоциями, развитие навыков самопомощи.

Формирование позитивного самоотношения: к личности и телу.

Развитие новых и укрепление имеющихся навыков эффективного взаимодействия со сверстниками и окружающими взрослыми. Обучение методам ненасильственного разрешения конфликтов.

Обучение конструктивным способам преодоления трудностей: развитие навыков принятия решений и поиска альтернативных решений.

Профилактика самопроявляющего поведения через анализ причин самопроявляющего поведения, разработку и обсуждение стратегий предотвращения и преодоления кризисных ситуаций.

Создание поддерживающей среды: обучение способам оказания эмоциональной поддержки и развитие способности к формированию запроса о поддержке от окружающих у участников.

Содействие в интеграции полученных навыков в повседневную жизнь.

Задачи группы направлены на помочь подросткам с самопроявляющим поведением в обретении внутренних ресурсов для преодоления трудностей и построения более здорового совладающего со стрессом и кризисными ситуациями поведения. Группа работает по правилам, определенным заранее, что необходимо для формирования доверия и безопасности между участниками.

Занятия включают в себя разнообразные интерактивные упражнения, коммуникативные игры, обсуждения, психодраматические и арт-терапевтические задания, которые помогают подросткам лучше осознать свои сильные стороны, научиться справляться с трудностями и строить позитивные отношения с окружающими в безопасном пространстве для самовыражения и получения поддержки.

Заключение. Эмоциональная, личностная и поведенческая сфера наиболее активно развиваются у подростков при общении внутри группы сверстников. Групповой формат психологической работы с подростками, наносящими себе повреждения, помогает юным пациентам не оставаться в одиночестве со своими переживаниями и сложностями, которые накладывают последствия данного образа действий.

Развитие навыка поддерживающего взаимодействия является важной задачей работы группы – эта идея основана на очевидном факте, что самопроявление у подростков зачастую мотивировано не только потребностями в регулировании переживаний и достижении облегчения от страдания психологического через физическое воздействие, но также и потребностью во внимательном и сочувствующем отношении от окружающих.

Список литературы

1. Акопян, С. А. Аутоаггрессия и суицидальное поведение подростков: эпидемиология и факторы риска // Тенденции развития науки и образования. 2023. № 100-4. С. 8-12.
2. Андронникова О. О., Волкова Е. Н. Аналитический обзор зарубежных публикаций по проблеме суицидального и аутодеструктивного поведения детей и подростков // СМАЛБТА. 2020. № 3. С. 5-24.
3. Дарьин Е. В., Зайцева О. Г. Эпидемиология несуицидального самопроявляющего поведения (несистематический повествовательный обзор) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. 2023. Т. 57. № 2. С. 8-19.
4. Любов Е. Б., Зотов П. Б., Банников Г. С. Самопроявляющее поведение подростков: дефиниции, эпидемиология, факторы риска и защитные факторы. Сообщение I // Суицидология. 2019. Т. 10. № 4(37). С. 16-46.
5. Польская Н. А. Роль социальных факторов в развитии самопроявляющего поведения [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2012. №2. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n2/52626.shtml> (дата обращения: 13.02.2025)
6. Тирон С. С., Яремчук С. В. Самопроявляющее поведение и конфликтустойчивость подростков // Вестник Прикамского социального института. 2023. № 1 (94). С. 153–157.
7. Фаустова И. В., Комлик Л. Ю., Филатова И. Ю., Копылова Н. М. Социально-психологические детерминанты саморазрушающего поведения подростков // Мир науки. Педагогика и психология. 2020. Т. 8. № 4. С. 60.
8. 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. №55. P. 337–348.
9. Hawton K., Rodham K., Evan, E., Weatherall, R. Deliberate self-harm in adolescents: self report survey in schools in England // BMJ. 2002. Vol. 325. P. 1207-1211.
10. Wolff J. C., Frazier E. A., Esposito-Smythers C., Becker S. J., Burke T. A., Cataldo A., Spirito A. Negative cognitive style and perceived social support mediate the relationship between aggression and NSSI in hospitalized adolescents // Journal of Adolescence. 2014. Vol. 37. № 4. P. 483-491.

Павлова Л.Б.^{1,2}, Рояло К.В.^{1,2}, Бычковский Д.А.¹

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ 16-17 ЛЕТ С САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ

¹СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С. С. Мнухина;

²Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург

Аннотация. Интерес к исследованию несущициального самоповреждающего поведения в подростковом возрасте связан с увеличившимся числом самоповреждений у несовершеннолетних в последнее время. Исследование посвящено изучению эмоциональных и личностных факторов у девушек старшего подросткового возраста с селфхармом. Выявлены высокий уровень эмоциональной дисрегуляции, эмоциональная уязвимость на фоне высокой личностной и ситуационной тревожности. Личность девушек с самоповреждениями с чертами избегающего, зависимого и пограничных личностных расстройств, с высокой эмоциональной лабильностью, тревожностью, сенситивностью, ригидностью.

Ключевые слова. несущициальное самоповреждающее поведение, селфхарм, эмоциональная дисрегуляция, личностные факторы, тревожность, депрессия, суициdalный риск.

Pavlova L. B^{1,2}, Royalo K. V^{1,2}, Bychkovsky D. A.¹

EMOTIONAL AND PERSONAL CHARACTERISTICS OF ADOLESCENT GIRLS AGED 16-17 WITH SELF-HARMING BEHAVIOR

¹St. Petersburg State Public Health Institution S. S. Mnukhin Center for Rehabilitation Treatment of Child Psychiatry;

²St. Petersburg State Pediatric Medical University, St Petersburg, Russia

Abstract. Interest in the study of non-suicidal self-injurious behavior in adolescence is associated with the increased number of self-harm in minors in recent years. The study is devoted to the study of emotional and personal factors in older teenage girls with self-harm. A high level of emotional dysregulation, emotional vulnerability against the background of high personal and situational anxiety were revealed. Personality of girls with self-harm with features of avoidant, dependent and borderline personality disorders, with high emotional lability, anxiety, sensitivity, rigidity.

Keywords: non-suicidal self-injurious behavior, self-harm, emotional dysregulation, personality factors, anxiety, depression, suicidal risk.

Подростковый возраст – это время глубоких перемен в жизни молодого человека. Это время, когда человек развивает свою собственную идентичность, оставляет детство позади и движется к новой степени независимости

на новом этапе жизни. Подростки являются группой уязвимой для различных факторов стресса. Стressовые факторы были предложены как часть объяснения, почему многие начинают наносить себе увечья в возрасте от 12 до 18 лет.

В систематическом обзоре Cipriano et al. [1] обнаружили, что 7,5–46,5% подростков в доклинических образцах выполняли NSSI (или членовредительство), а в другом систематическом обзоре Swannell et al. [3] оценили, что общая объединенная распространенность NSSI составила 17,2% среди подростков. Шведское общественное исследование молодых людей в возрасте от 15 до 17 лет в общей популяции показало гораздо более высокие цифры: 35,6% подростков сообщили, что занимались NSSI хотя бы один раз в течение прошлого года. Из них 14,2% сообщили только об одном эпизоде NSSI, 30,8% сообщили о 2-5 эпизодах, 13,8% сообщили о 6-10 эпизодах и, наконец, 41,2% сообщили о более чем 11 эпизодах NSSI. О распространенности NSSI в течение жизни хотя бы один раз сообщили 41,6% подростков [5].

Последующие исследования в целом показывают, что многие, кто наносит себе травмы в подростковом возрасте, подвергаются повышенному риску попыток самоубийства, депрессии и других психологических расстройств во взрослом возрасте. Тем не менее, большинство подростков экспериментируют с NSSI, не развивая серьезных проблем в более позднем возрасте.

Подростковый возраст – это важный возрастной этап, который знаменует переход от юности к зрелости и влечёт за собой как физиологические, так и психологические изменения. Дети сталкиваются с активным ростом и развитием организма, из-за чего развитие некоторых органов может не поспевать за другими, что вызывает дискомфорт у подростка и может приводить к раздражительности, вспыльчивости и негативному отношению к изменениям, происходящим с их телом. Также в это время происходит смена интересов, образование референтных групп на основе этих интересов, что часто вызывает конфликты не только с друзьями, но и с семьёй. Этот возрастной этап характеризуется крайней уязвимостью подростка, так как у него меняется мировоззрение, формируются установки и ценности, образ желаемого будущего, и при всем этом он испытывает большое количество разнообразных эмоций, с которыми не всегда знает, как справиться, что также распространяется и на конфликтные ситуации. Неспособность найти решение, трудности адаптации или социального взаимодействия со сверстниками и близкими, страхи, переживания и постоянные тревоги делают тему несущициального самоповреждающего поведения (далее НССП) актуальной темой.

Исследования студентов колледжей, старших классов средней школы показали, что, по крайней мере, каждый пятый имеет опыт членовредительства. Большое исследование NSSI среди американских студентов колледжей показало, что 17% хотя бы раз наносили себе увечья, а 75% из этой группы

сообщали о повторных инцидентах [4]. В том же исследовании 38,6% сообщили, что они начали свое самоповреждение в позднем подростковом возрасте.

Распространенность самоповреждений повышена среди психиатрических пациентов/ Исследование молодых людей, которые находились в психиатрических стационарах, показало, что 68% из них получили травмы за последние 12 месяцев [4].

Большинство молодых людей, которые наносят себе увечья, инициируют поведение в возрасте от 11 до 16 лет. Средний возраст начала самоповреждения составлял 13 лет, что распространность NSSI неуклонно растет с 12 лет и достигает пика в возрасте от 14 до 16 лет; к 18 годам распространность NSSI, по-видимому, снизилась. В метаанализе вероятность начала заболевания достигала пика примерно в возрасте 14–15 лет, а второй пик наблюдался примерно в возрасте 20 лет, в то время как NSSI с меньшей вероятностью начинался после 21 года [2].

Факторы риска постоянного самоповреждения включают буллинг, стресс, связанный со школой, проблемы в отношениях с друзьями и родителями, алкоголь, наркотики, проблемы сексуальной идентичности и психиатрические симптомы.

Многие подростки начинают селфхарм, услышав о членовредительстве от друга, и чем ближе отношения, тем выше риск «социального заражения». Подростки сообщают, что изначально они нанесли себе увечья в связи с конкретным конфликтом или стрессором, но сделали это, потому что столкнулись с практикой в Интернете. Есть данные, что импульсом для членовредительства явилось копирование поведение популярного музыканта или другой знаменитости. Вышеприведенные исследования показывают, что группа подростков с самоповреждающим поведением крайне неоднородна как по частоте и виду самоповреждений, так и по мотивам, факторам риска повторного повреждения, риска суицидальной попытки. Целью нашего исследования было обобщить данные о личностных и эмоциональных характеристиках девушек старшего подросткового возраста 16-17 лет с самоповреждающим поведением, наблюдавшихся и получавших лечение в структуре подразделений центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С. С. Мнухина.

В нашем исследовании участвовали старшие подростки (девушки) 16-17 лет, проходившие исследование у медицинского психолога Организационно-методического отделения; Дневного Стационара по направлению участкового психиатра. В исследовании принимали участие 45 человек (средний возраст 16,7 года). Для достижения целей исследования применялись методика на выявление самоповреждений (Опросник утверждений о самоповреждениях (Inventory of Statements About Self-injury, ISAS) 2023, шкала суицидальных мыслей Бека. Личностные факторы изучались с помощью

методик MMPI (Миннесотский многофакторный опросник, Березин, 383 вопроса), Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО, Личко А.Е), Индивидуально-типологический опросник (Собчик Л. Н.), опросник «Личностных убеждений Бека» (адаптация С. Комарова, 2019). Эмоциональные факторы – опросник эмоциональной дисрегуляции (Польская Н. А., Развалеева А. Ю., 2017), шкала тревожности Бека, Интегративный тест тревожности, шкала депрессии Зунге.

Результаты исследования: в результате исследования были выявлены суицидальный риск по значению выше среднего (средний показатель 17,9 баллов), с актуальными самоповреждениями на момент исследования 20% выборки, периодически реже одного раза в месяц с преобладанием самопорезов. Основными мотивами самоповреждения выделились – «самонаказание» и «регуляция аффекта». Личностные особенности представлены преобладающим смешанным типом акцентуации характера с тревожными, лабильными, циклотимными, реже гипертимными чертами. Характерны частая дискордантность черт характера, риск социальной дезадаптации (методика ПДО). Данные индивидуально-типологического опросника (высокая личностная тревожность, эмоциональная лабильность, ригидность). По результатам опросника личностных убеждений Бека преобладали черты избегающего, зависимого и пограничных личностных расстройств. В структуре эмоциональных факторов выявлен высокий уровень эмоциональной дисрегуляции – высокий уровень. Выражены факторы «руминации», «избегания» и трудности «ментализации». Для подростков характерны высокая эмоциональная уязвимость, застrevание в эмоциональных переживаниях, болезненное размыщление и стереотипное возвращение к определенным, как правило, негативным эмоциональным состояниям. Выражены реакции избегания – отказ от переживаний, обладающих высоким аффективным зарядом и сопровождающихся острыми негативными эмоциями (эмоциональной болью)/

Трудности ментализации представлены ограничениями в идентификации эмоций, понимании как собственных переживаний и поступков, так и эмоций и поведения других людей. Для группы исследования депрессия выявлена на уровне невротической реакции, характерны высокий уровень ситуационной тревожности у высоко тревожной личности.

Выходы:

1. Для всей группы исследования характерен выраженный уровень суицидальных мыслей, уровень суицидального риска выше среднего показателя.
2. В личностных чертах характерны преобладание смешанного типа с акцентуацией по астено-невротическому, циклотимному и лабильному типам. Девушки из группы исследования требуют внимания со стороны матери, испытывают страх быть отвергнутыми. Для них характерны низкая

фрустрационная толерантность, зависимость самооценки от оценки со стороны окружающих, возможно шантажное, демонстративное поведение в т.ч. в виде суицидальных высказываний с целью привязать к себе людей, доминирование эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации, готовность реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно эмоционально, импульсивно, представления о своей несостоятельности, некомпетентности, ненужности.

3. Выявленное снижение настроения носит невротический характер. Отмечается с одной стороны, зависимое поведение, с другой – избегающее. С одной стороны, подростки стремятся к общению, ищут социальной поддержки у взрослого, более авторитетного человека, испытывают беспокойство по поводу разрыва зависимых отношений. При этом характерно болезненное самолюбие, восприятие других людей как потенциально критически настроенных, унижающих, незаинтересованных. Выявлена склонность интерпретировать чужое поведение не в свою пользу, стремление избегать ситуаций оценивания, тревогу вызывает возможность подвергнуться критике.

4. В исследовании выявляется высокий уровень тревоги (как психического состояния) у высоко тревожной личности: в особенностях актуального психического состояния реализована отчетливая личностная предрасположенность подростков к аффективным нарушениям.

Психическое состояние испытуемых в момент исследования характеризовалось значительно выраженным эмоциональным дискомфортом, существенно пониженным фоном настроения.

Для изученной группы характерны: эмоциогенные изменения познавательной деятельности: ослабление концентрации и переключаемости внимания, трудности в усвоении новой информации, разграничении главного и второстепенного, сосредоточенность на личных переживаниях, повышенная рефлексивность, сенситивность; повышенная восприимчивость к внешним раздражителям, трудности в контролировании эмоциональных реакций. В актуальном психическом состоянии преобладают следующие тенденции: низкий жизненный тонус, ощущение утомления, недостатка энергии, немотивированные опасения, неустойчивость самооценки со склонностью к формированию идей недостаточной ценности своей личности и чувства вины, выраженная аффективная напряженность, раздражительность, готовность к отреагированию негативных эмоций, умеренно тревожная оценка перспективы.

Список литературы

1. Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Non-suicidal self-injury: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 8, 1946. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01946>.
2. Møhl, B., La Cour, P., & Skandsen, A. (2014). Non-suicidal self-injury and indirect self-harm among Danish high school students. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 2(1).
3. Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St. John, N. J. (2014). Prevalence of non-suicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273–303.
4. Whitlock, J. L., Baetens, I., Lloyd-Richardson, E., Hasking, P., Hamza, C., Lewis, S., & Robinson, K. (2018). Helping schools support caregivers of youth who self-injure: Considerations and recommendations. *School Psychology International*, 39(3), 318–328.
5. Zetterqvist, M., Svedin, C. G., Fredlund, C., Priebe, G., Wadsby, M., & Jonsson, L. S. (2018). Self-reported non-suicidal self-injury (NSSI) and sex as self-injury (SASI): Relationship to abuse, risk behaviors, trauma symptoms, self-esteem and attachment. *Psychiatry Research*, 265, 309–316.

Пилявская О.И.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПОВЕДЕНЧЕСКИМ НАРУШЕНИЯМ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИМ ПСИХОСИНДРОМОМ

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
г. Челябинск

Аннотация. Представлены собственные данные исследования факторов суицидального риска у подростков женского пола с резидуально-органической церебральной недостаточностью. Выделены наиболее значимые факторы в зависимости от варианта органического психосиндрома.

Ключевые слова: суицидальный риск, подросток, резидуально-органический, психосиндром.

Pilyavskaya O.I.

DIAGNOSTIC APPROACHES TO BEHAVIORAL DISORDERS WITH SUICIDAL TENDENCIES IN ADOLESCENT GIRLS WITH RESIDUAL ORGANIC PSYCHOSYNDROME

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «South-Ural State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Chelyabinsk, Russia

Abstract. We present our own data from a study of suicide risk factors in female adolescents with residual organic cerebral insufficiency. The most significant factors are identified depending on the variant of organic psychosyndrome.

Keywords: suicidal risk, teenager, residual organic, psychosyndrome.

Актуальность. Проблема поведенческих расстройств у подростков, особенно в том случае, когда в их основе лежат аутоагрессивные тенденции, является одной из актуальнейших в подростковой психиатрии. Это связано не только с социально значимой тяжестью этих расстройств, но и с тем, что они представляют реальную опасность для здоровья и жизни подрастающего поколения. Считается, что в нашей стране в последнее время самоубийства у подростков выходят на одно из первых мест по причинам смертности в этой возрастной группе. Это обуславливает актуальность разработки не только лечебно-коррекционных аспектов данной проблемы, но и поиск предикторов как отклоняющегося поведения в целом, так и суицидального поведения в частности.

Целью исследования явилось выявление диагностических критериев риска суицидального поведения в структуре поведенческих расстройств у девочек-подростков с резидуально-органическим психосиндромом.

Материал и методы исследования. Изучено 49 девочек-подростков в возрасте от 13 до 15 лет с резидуально-органическим психосиндромом, находящихся на стационарном лечении в детском психиатрическом отделении в связи с поведенческими расстройствами, имеющими в своей структуре суицидальные тенденции. Исследование проводилось с помощью клинико-психопатологического, клинико-анамнестического, экспериментально-психологического и инструментальных методов обследования. Для диагностики суицидального риска была разработана специальная карта обследования. Клиническая диагностика осуществлялась на основании Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Критерии отбора: 1. Возраст девочек от 13 до 15 лет. 2. Наличие резидуально-органического психосиндрома. 3. Суицидальное поведение в рамках поведенческих расстройств непсихотического характера. 4. Общий интеллектуальный коэффициент по методике Векслера 80 и более баллов. Критерии исключения: 1. Поведенческие расстройства с суицидальными проявлениями в рамках других нервно-психических расстройств. 2. Интеллектуальный коэффициент по методике Векслера менее 80 баллов.

Результаты. Анализ полученных результатов позволил выделить две группы обследованных в зависимости от варианта психоорганического синдрома. В первую группу (n=15) вошли девочки-подростки, у которых суицидальные тенденции обнаруживались на фоне церебральной астении и заключались в основном в виде представлений, намерений, высказываний. В этой группе преобладали факторы риска, относящиеся к актуальной психотравмирующей ситуации и внутрисемейной обстановке. Вторую группу (n=34) составили девочки с гиперстеническим вариантом резидуально-органического психосиндрома, у них в сравнении с первой группой чаще наблюдались реальные суицидальные поступки. Преобладающими факторами риска явились: актуальная психотравмирующая ситуация и выраженные личностные черты.

Заключение. Таким образом, проведенное нами исследование показало, что суицидальные тенденции у девочек-подростков с резидуально-органическим психосиндромом, наблюдающиеся в структуре поведенческих расстройств, могут определяться многими факторами. Одним из таких факторов является резидуально-органическая церебральная дисфункция, обуславливающая наличие эмоционально-волевой нестабильности и опосредующая воздействие других факторов. Наиболее значимыми из которых для девочек-подростков являются: актуальная психотравмирующая ситуация, личностные особенности, внутрисемейная обстановка.

Польская Н.А.¹, Якубовская Д.К.¹, Кузнецова-Фетисова А.А.^{1,2},
Кулясова Д.О.¹, Манузина А.М.¹

РАЗРАБОТКА ПРОТОКОЛА ЕМА ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЫБОРКЕ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПОДРОСТКОВ С НЕСУИЦИДАЛЬНЫМИ САМОПОВРЕЖДЕНИЯМИ И СУИЦИДАЛЬНЫМИ ПОПЫТКАМИ

¹ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» (ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»);

²Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Москва

Аннотация. В статье представлена модель исследования факторов риска суицидальных попыток и несуицидальных самоповреждений методом экологической моментальной оценки (*ecological momentary assessment; EMA*). Описан процесс разработки протокола исследования для клинической выборки подростков.

Ключевые слова: суицидальная попытка, самоповреждающее поведение, подростковый возраст, экологическая моментальная оценка

Pol'skaya N. A.¹, Yakubovskaya D. K.¹, Kuznetsova-Fetisova A. A.^{1,2},
Kulyasova D. O.¹, Manuzina A. M.¹

DEVELOPMENT OF AN EMA STUDY PROTOCOL IN A SAMPLE OF HOSPITALIZED ADOLESCENTS WITH NON-SUICIDAL SELF-INJURY AND SUICIDE ATTEMPTS

¹Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents

n.a. G. E. Sukhareva;

²Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia

Abstract. The article presents a model for studying risk factors of suicide attempts and non-suicidal self-injuries using the ecological momentary assessment (EMA) method. The process of developing a research protocol for a clinical sample of adolescents is described.

Keywords: suicide attempt, non-suicidal self-injury, adolescence, ecological momentary assessment

Экологическая моментальная оценка (*ecological momentary assessment, EMA*) представляет собой метод сбора данных о текущих переживаниях, мыслях, поведении и самочувствии респондентов [9]. Это многократное измерение (в режиме реального времени), основанное на самооценивании респондентами своих чувств, мыслей, поведения в фиксированные промежутки времени либо в зависимости от факта возникновения исследуемого состояния/события (например, появление суицидальных мыслей или совершение самоповреж-

дения). Многократное прохождение процедуры EMA позволяет увидеть возможные изменения в поведении участников исследования [2].

Методология экологической моментальной оценки активно развивается в последние годы за рубежом [7]. В частности, EMA используют для отслеживания процессов и характеристик, ухудшающих или улучшающих психическое состояние пациентов с разными формами психопатологии [2]. В отечественной клинической психологической методологии сбора и анализа данных традиционно ориентируется на сочетание качественных и количественных методов, и экологическая моментальная оценка, как одна из форм подобного синтеза, может быть полезна при организации наблюдения за динамикой состояния пациентов.

Обычно EMA проводится в амбулаторных условиях с использованием программ самоотчета, которые устанавливаются на смартфоны, и запускаются либо в случайные, либо в определенные промежутки времени (но не менее двух измерений в день). Вместе с тем при сборе данных в амбулаторных условиях обнаруживается снижение уровня комплаентности (более частые пропуски измерений и отказы от участия) среди респондентов с нарушениями психического здоровья в сравнении с условно здоровыми участниками [8]. В исследованиях несуицидальных самоповреждений и суицидального поведения в клинических выборках (методом EMA) были обнаружены значительные суточные колебания аутодеструктивных мыслей и их психологических коррелятов. Это касалось негативных эмоциональных переживаний, восприятия себя как обузы для окружающих, безнадежности и одиночества, восприятия социальной поддержки [4; 5].

Цель данной статьи – описание протокола EMA, разработанного нами специально для подростков, госпитализированных в психиатрический стационар в связи с несуицидальными самоповреждениями или суицидальным поведением.

Общая характеристика и теоретические основания исследования

Разработка протокола EMA проводилась в течение двух месяцев на еженедельных встречах исследовательской группы. На этих встречах обсуждались мишени оценки, формулировка вопросов, их последовательность и меры оценки, временные интервалы сбора данных, а также возможности и ограничения проведения EMA в условиях детского психиатрического стационара.

Основным исследовательским вопросом, который был сформулирован на начальном этапе планирования исследования, был вопрос о связи между желанием причинить себе физический вред, включая мысли о смерти, и оценкой подростком: (1) текущих эмоций и настроения; (2) качества межличностных отношений; (3) собственного тела; (4) общения и неблагоприятных (стрессогенных) событий в течение дня.



Рис. 1. Диагностическая модель ЕМА

На рис.1 показана диагностическая модель ЕМА, на которой основывается исследование.

В рамках этой модели запланировано проверить связи между желанием причинить себе физический вред, суициальными мыслями, текущим настроением/эмоциями, воспринимаемыми отношениями со значимыми другими, отношением к собственному телу и стрессогенной насыщенностью событий, произошедших в течение дня.

Выбор параметров для оценивания обоснован межличностной теорией суициального поведения Т. Джойнера [3], исследованиями И. Орбаха о связи саморазрушительных действий и негативного телесного опыта (в форме телесных переживаний, физической ангедонии и нечувствительности к телесным сигналам) [6], а также нашими исследованиями о связи несуициальных самоповреждений и суициальных попыток с эмоциональными переживаниями, дисрегуляцией эмоций, переживанием утраты близости со значимыми людьми и неприятием себя и собственного тела [1].

Разработка протокола ЕМА

При разработке протокола ЕМА особое внимание было уделено следующим вопросам.

Требования к выборке. Учитывая, что основной целью исследования была оценка психологических характеристик несуициальных самоповреждений и суициального поведения, основным *критерием включения* в выборку выступили клинически подтвержденные факты самоповреждений и суициального поведения. Все подростки на момент заполнения методического комплекса находились на стационарном лечении в НПЦ психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ (г. Москва). **Критерии исключения:** (а) отсутствие суициальных попыток и несуициальных самоповреждений в анамнезе; (б) клинически выявленные нарушения мышления и снижение интеллекта.

Количество и время проведения опросов. Требования к количеству и времени проведения опросов определялись, с одной стороны, объективными условиями организации лечебного процесса в клинических условиях; с другой стороны, методологическими требованиями к организации ЕМА. Процедура ЕМА должна проводиться в течение определенного временного отрезка от двух и более раз в день. Мы запланировали проведение оценочных замеров в течение десяти дней по два раза в день: утром, после пробуждения пациентов (с 8:00 до 10:00) и вечером, перед сном (с 19:30 до 21:00). В выборку включались недавно госпитализированные подростки, чтобы минимизировать число пациентов, выписанных до срока завершения исследования.

Процедура ЕМА. Начало ЕМА предварялось индивидуальным интервью и психодиагностическим обследованием подростков. В диагностике использовались валидизированные методики, направленные на оценку характера самоповреждающего поведения, признаков психологического дистресса (душевной боли), межличностной чувствительности и негативных переживаний, связанных с собственным телом (включая телесный стыд и негативную оценку внешности); кроме того, исследовались такие личностные характеристики, как осознанность и ясность представлений о себе.

В рамках интервью: осуществлялся сбор основной социodemографической информации и знакомство с подростком; подростку предоставлялась информация об исследовании (цели, периодичность и длительность, добровольность участия, возможность прервать участие в исследовании в любой момент, конфиденциальность личной информации).

Включение в выборку происходило на основе соответствия критериям включения и строго на основе добровольного согласия. Личные данные подростка кодировались на этапе включения в выборку и каждый пакет бланков, предлагаемых впоследствии для заполнения, имел индивидуальный код.

В течение последующих десяти дней в фиксированное время к подростку подходил врач-ординатор или клинический психолог (из членов исследовательской группы) с пакетом распечатанных бланков, которые подросток самостоятельно заполнял и передавал исследователю.

В качестве символического поощрения всем участникам исследования после вечерних замеров предлагалось выбрать себе наклейку с изображениями животных и пейзажей, отобранных заранее и проверенных на соответствие нейтральной или эмоционально-положительной тематике.

Содержательные характеристики утренних и вечерних комплектов шкал. В утренних и вечерних комплектах шкал предлагалось оценить свое состояние *на текущий момент* по следующим параметрам.

Настроение: общая модальность, напряжение и удовлетворенность собой (рис. 2).

1. СЕЙЧАС мое настроение:

1	2	3	4	5	6	7
ужасное	очень плохое	плохое	не плохое, не хорошее	хорошее	очень хорошее	отличное

1	2	3	4	5	6	7
я очень сильно встревожен	я встревожен	я немного встревожен	не встревожен, но и не спокоен	я почти спокоен	я спокоен	я совершенно спокоен

Рис. 2. Примеры пунктов по самооценке текущего настроения (фрагмент)

5. Самоповреждения. Сегодня УТРОМ у тебя возникло желание нанести себе вред?

НЕТ	ДА	Почему ты хотел это сделать?
-----	----	------------------------------

Рис. 3. Примеры пунктов по самоповреждению (фрагмент)

9. Насколько сильно СЕЙЧАС ты чувствуешь близость со своей мамой: от «1» – «совсем не чувствую» до «10» – «чувствую сильную близость с мамой»

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

А с близким другом/подругой?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Рис. 4. Примеры пунктов по воспринимаемой близости/связи со значимыми друзьями (фрагмент)

Эмоции: сила эмоций и контроль над эмоциями.

Желание причинить себе физический вред: при утвердительном ответе подростку задавались дополнительные вопросы по причинам самоповреждения (рис. 3).

Мысли о смерти: при утвердительном ответе – их интенсивность и причины (пример: «Если в предыдущем пункте ты выбрал ДА, с чем, по-твоему, эти мысли связаны? Почему ты думал о смерти?»).

Чувство близости/связи с мамой (или замещающим ее лицом) и близким другом/подругой (рис. 4). В качестве дополнительного был добавлен вопрос о важности мнения окружающих («Насколько сейчас для тебя важно, что окружающие думают о тебе?» с оценкой от «совсем не важно» до «очень важно»).

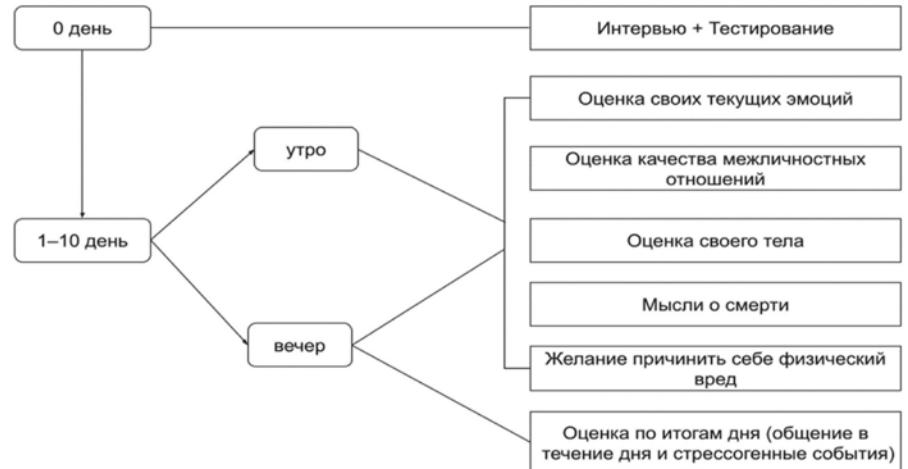


Рис. 5. Схема проведения исследования по протоколу EMA

Восприятие своего тела и внешнего вида: здесь мы сфокусировались на важности выглядеть привлекательно в глазах других, удовлетворенности своей внешностью и на отношении к собственному телу (например, «Сейчас я ощущаю свое тело как не заслуживающее моей заботы ... заслуживающее моей заботы»).

В вечерний опрос были введены дополнительные пункты:

(а) общение с друзьями в течение дня, включая указание на конкретных людей, с которыми подросток общался («Запиши, с кем ты сегодня общался, и оцени, насколько ты доволен этим общением: от «1» – «это общение меня сильно расстроило» до «10» – «это общение меня очень порадовало»), и оценка собственных чувств и переживаний при общении (например, «Сегодня при общении с друзьями я чувствовал себя не в своей тарелке»);

(б) список неблагоприятных событий, связанных с межличностными отношениями, включая ссоры с мамой, другими членами семьи, друзьями, романтическим партнером, знакомыми, медицинским персоналом больницы; также была возможность написать другое стрессогенное событие.

Дополнительные вопросы нацелены на изучение связи между восприятием ежедневных текущих событий и взаимоотношений с желанием причинить себе вред, мыслями о смерти, настроением, отношением к своему телу.

Общая схема проведения исследования показана на рис. 5.

Заключение. В данной статье представлена схема протокола исследования факторов риска суицидальных попыток и несуицидальных самоповреждений у госпитализированных подростков методом экологической моментальной оценки (EMA). Используются шкалы, нацеленные на проверку текущего психологического состояния, желания причинить себе физический вред и мыслей о смерти, чувства близости со значимыми людьми, отношения к своему телу и восприятия текущих событий. В настоящий момент на основе данного протокола EMA проводится сбор данных, по результатам которого планируется описать динамику и связи аутодеструктивных проявлений.

Список литературы

1. Польская Н.А., Якубовская Д.К., Шарова Д.А., Басова А.Я. Роль межличностных отношений в суицидальном поведении подростков: качественный анализ результатов полуструктурированного интервью // Клиническая и специальная психология. 2024. Т. 13. № 3. С. 141–165.
2. Gee B. L., Han J., Benassi H., Batterham P. J. Suicidal thoughts, suicidal behaviours and self-harm in daily life: A systematic review of ecological momentary assessment studies [Электронный ресурс] // Digital health. 2020. № 6.
3. Joiner T., Orden K., Witte T., et al. Main Predictions of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior: Empirical Tests in Two Samples of Young Adults // J Abnorm Psychol. 2009. Vol. 118. P. 634–646.
4. Kellerman J., Millner A. J., Joyce V. W. et al. Social Support and Nonsuicidal Self-injury among adolescent Psychiatric Inpatients // Res Child Adolesc Psychopathol. 2022. Vol. 50. P. 1351–1361
5. Kleiman E. M., Turner B. J., Fedor S., et al. Examination of real-time fluctuations in suicidal ideation and its risk factors: Results from two ecological momentary assessment studies // J Abnorm Psychol. 2017. T. 126. №. 6. P. 726–738.
6. Orbach I. Suicide and the Suicidal Body // Suicide Life Threat Behav. 2003. T. 33. P.1–8.
7. Russell M., Gajos J. Annual Research Review: Ecological momentary assessment studies in child psychology and psychiatry // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2020. T. 61. P. 376-394.
8. Schatten H. T., Wallace G. T., Kimble S. K., Bozzay M. L. Understanding Compliance Rates in Suicide Research During the Post-Discharge Period // Suicide Life Threat Behav. 2025. T. 55. №. 1. P. e13167.
9. Shiffman S., Stone A. A., Hufford M. R. Ecological momentary assessment // Annu Rev Clin Psychol. 2008. T. 4. №. 1. P. 1–32.

Польская Н.А.¹, Кузнецова-Фетисова А.А.^{1,2}

СВЯЗЬ ДУШЕВНОЙ БОЛИ И БЕЗНАДЕЖНОСТИ С ЛИЧНОСТНЫМИ ЧЕРТАМИ У ПОДРОСТКОВ С НЕСУИЦИДАЛЬНЫМИ САМОПОВРЕЖДЕНИЯМИ ИЛИ СУИЦИДАЛЬНЫМИ ПОПЫТКАМИ

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ» (ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ»)¹;
Московский государственный психолого-педагогический университет²,
Москва

Аннотация. Рассмотрены результаты пилотного исследования, направленного на изучение связи душевной боли и безнадежности с личностными чертами у госпитализированных подростков (N=40). Депрессивность и эмоциональная изменчивость (аспекты негативной эмоциональности) выступают в качестве предикторов душевной боли и безнадежности. Сочувствие (аспект доброжелательности) вносит отрицательный вклад в безнадежность.

Ключевые слова: самоповреждающее поведение, подростковый возраст, чувство безнадежности, душевная боль, Большая пятерка.

Polskaya N. A.¹, Kuznetsova-Fetisova A. A.^{1,2}

ASSOCIATION BETWEEN EMOTIONAL PAIN AND HOPELESSNESS WITH PERSONALITY TRAITS OF ADOLESCENTS WITH NON-SUICIDAL SELF-INJURIES OR SUICIDE ATTEMPTS

Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents
n.a. G. E. Sukhareva¹;
Moscow State University of Psychology & Education², Moscow, Russia

Abstract. The article presents the results of a pilot study of the relationship between mental pain, hopelessness and the Big Five personality traits in inpatient adolescents (N=40). Depression and emotional volatility (facets of Negative Emotionality) predict both mental pain and hopelessness. Compassion (a facet of Agreeableness) has a negative impact on hopelessness.

Keywords: self-injury, adolescence, hopelessness, psychache, Big Five.

Душевную боль и безнадежность считают высокозначимыми предикторами самоубийства [6; 7], но неясно, насколько значимыми они могут быть при несуицидальных самоповреждениях. Кроме того, в подростковом возрасте, со свойственной этому периоду эмоциональной неустойчивостью и трудностями эмоциональной регуляции, риск острых негативных эмоциональных состояний усиливается, следствием чего выступают как несуицидальные самоповреждения, так и суицидальные попытки. Здесь встает вопрос о личностных предпосылках душевной боли и безнадежности и их возможном

(прямом или опосредованном) влиянии на аутодеструктивные тенденции. Так, согласно результатам последних метаанализов, более высокие уровни нейротизма, открытости опыта, доброжелательности, и более низкие – экстраверсии и добросовестности связаны с суицидальным поведением, особенно с самоповреждениями у подростков [5].

Цель – исследовать личностные факторы риска несуицидального самоповреждающего и суицидального поведения у подростков. В рамках данной статьи представлены результаты проверки двух гипотез:

(1) о связи личностных черт, входящих в Большую пятерку, с переживаниями душевной боли и безнадежности;

(2) о различиях в интенсивности переживания душевной боли и безнадежности между подростками с суицидальными попытками или несуицидальными самоповреждениями.

Выборка. Исследование проводилось индивидуально, в выборке подростков (N=40, 34 девушки и 6 юношей, в возрасте от 14 до 17 лет), госпитализированных в связи с суицидальной попыткой (N=15) или несуицидальными самоповреждениями (N=25) в НПЦ психического здоровья детей и подростков им Г. Е. Сухаревой (г. Москва). Участие в исследовании было добровольным, на основе информированного согласия.

Распределение по диагнозам: пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (N=11); смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации (N=11); депрессивный эпизод умеренной степени (N=10); другие смешанные расстройства поведения и эмоций (N=8).

Методики. Для оценки безнадежности и душевной боли использовались методики: шкала безнадежности Бека, состоящая из 11 пунктов и характеризующая выраженную негативную отношение к будущему [2] и шкала душевной боли PAS-13, состоящая из 13 пунктов и характеризующая интенсивность переживаний, ассоциированных с душевной болью [4].

Личностные черты измерялись с помощью опросника BFI-2, разработанного на основе модели Большой пятерки Р. МакКрея и П. Коста [1; 8].

BFI-2 состоит из 60 пунктов и включает пять основных шкал: экстраверсию, добросовестность, доброжелательность, негативную эмоциональность (соответствует нейротизму) и открытость опыта. Каждая шкала объединяет три отдельных аспекта/признака:

Экстраверсия (общительность, настойчивость, энергичность);

Доброжелательность (сочувствие, уважительность, доверие);

Добросовестность (организованность, продуктивность, ответственность);

Негативная эмоциональность (тревожность, депрессивность, эмоциональная изменчивость);

Открытость опыта (эстетичность, любознательность, творческое воображение) [1; 8].

Анализ данных проводился в Jamovi 2.3.28.0. Использовались методы корреляционного анализа (коэффициент Спирмена), регрессионного анализа (линейная регрессия, биноминальная логистическая регрессия) и групповые сравнения с помощью непараметрических критериев.

Результаты и обсуждение.

Связи душевной боли, безнадежности и личностных черт. При проведении корреляционного анализа были получены значимые связи безнадежности и душевной боли с чертами личности (кроме открытости опыта): отрицательные – с экстраверсией, доброжелательностью и добросовестностью; положительные – с негативной эмоциональностью (табл. 1).

Таблица 1
Значимые связи между душевной болью, безнадежностью и личностными чертами (корреляции Спирмена)

Черты и аспекты черт личности	Душевная боль	Безнадежность
1. Экстраверсия	-0,32*	0,38*
– Энергичность	-0,5***	-0,52***
2. Доброжелательность	-0,35*	-0,37*
– Сочувствие	–	-0,36*
3. Добросовестность	-0,33*	-0,46**
– Продуктивность	-0,38*	-0,49**
– Ответственность	-0,32**	-0,48**
4. Негативная эмоциональность	0,63**	0,62***
– Тревожность	0,42**	0,43**
– Депрессивность	0,68***	0,58***
– Эмоциональная изменчивость	0,45**	0,48**

Примечание: «*» – $p < 0,05$; «**» – $p < 0,01$; «***» – $p < 0,001$

Как видно из табл. 1, наиболее сильные связи с безнадежностью и душевной болью были получены по негативной эмоциональности и ее аспектам: тревожности, депрессивности и эмоциональной изменчивости. Т.е. подростков, переживающих душевную боль и безнадежность, отличает нестабильное настроение, склонность испытывать страх и беспокойство, у них низкий уровень энергии и активности. Кроме того, они менее настойчивы и ответственны при выполнении обязанностей и реже испытывают положительно возбужденные состояния, например, энтузиазм, душевный подъем и т.п. Следует отметить отрицательную связь безнадежности с сочувствием, что указывает на ослабление эмоциональной заботы о других людях.

При проведении корреляционного анализа отдельно в каждой из подгрупп подростков (с суициальными попытками или несуициальными самоповреждениями) были получены сходные по силе и уровню значимости корреляции.

Негативная эмоциональность и доброжелательность как предикторы душевной боли и безнадежности. Для оценки роли личностных черт в переживании безнадежности и душевной боли были проверены две регрессионных модели. Негативная эмоциональность вносила положительный вклад в безнадежность и душевную боль, доброжелательность – отрицательный (табл. 2).

Таблица 2
Негативная эмоциональность и доброжелательность как предикторы безнадежности и душевной боли (линейная регрессия)

Предикторы	b	SE	t	p
Зависимая переменная – безнадежность: $R^2 = 0,48$				
Негативная эмоциональность	0,57	0,11	4,98	<0,001
Доброжелательность	-0,31	0,13	-2,34	0,03
Зависимая переменная – душевная боль: $R^2 = 0,48$				
Негативная эмоциональность	0,9	0,18	5,04	<0,001
Доброжелательность	-0,45	0,21	-2,18	0,04

Примечание: R^2 – коэффициент множественной детерминации; b – нестандартизированный регрессионный коэффициент; SE – стандартная ошибка; t – эмпирическое значение t-критерия для проверки значимости коэффициента; p – уровень значимости.

Также проверялись модели, где предикторами были составляющие черт Большой пятерки. В этих моделях наибольший вклад в переживание безнадежности вносят такие характеристики негативной эмоциональности как депрессивность и эмоциональная изменчивость и в отрицательном значении один аспект доброжелательности – сочувствие. Предикторами душевной боли выступают депрессивность и эмоциональная изменчивость (табл. 3).

При проверке различий по интенсивности душевной боли и безнадежности между подгруппами подростков с несуициальными самоповреждениями и суициальными попытками значимых различий обнаружено не было. Отсутствие различий между этими подгруппами подтвердилось и в биномиальной логистической регрессии (R^2 Найджелкерке=0,02): безнадежность, душевная боль и негативная эмоциональность не выступили в роли значимых факторов, определяющих принадлежность к группе (суициальные попытки / несуициальные самоповреждения).

Необходимость поиска тонких различий между несуициальными самоповреждениями и суициальными попытками продиктована клиническими задачами, связанными с выделением психологических параметров, во-первых,

Таблица 3
Вклад депрессивности, эмоциональной изменчивости и сочувствия в выраженную безнадежность и душевной боли (множественная линейная регрессия)

Предикторы	b	SE	t	p
Зависимая переменная – безнадежность: $R^2 = 0,5$				
Депрессивность	0,86	0,31	2,82	0,008
Эмоциональная изменчивость	0,84	0,31	2,72	0,01
Сочувствие	-0,72	0,34	-2,14	0,04
Зависимая переменная – душевная боль: $R^2 = 0,48$				
Депрессивность	1,84	0,45	4,06	<0,001
Эмоциональная изменчивость	1,04	0,47	2,22	0,03

Примечание: R^2 – коэффициент множественной детерминации; b – нестандартизированный регрессионный коэффициент; SE – стандартная ошибка; t – эмпирическое значение t-критерия для проверки значимости коэффициента; p – уровень значимости.

чувствительных к переходу от несуициальных самоповреждений к суициальным попыткам; во-вторых, полезных для прогноза усиления или угасания аутодеструктивных тенденций в будущем поведении подростка.

В данном исследовании было определено три личностных параметра: два из них касались переживаний душевной боли и безнадежности и еще один – личностных черт, выделенных на основе модели Большой пятерки. Были выявлены статистически значимые связи между личностными чертами, прежде всего – между негативной эмоциональностью, безнадежностью и душевной болью. Подростки, госпитализированные в связи с суициальными попытками, значимо не отличались по этим параметрам от госпитализированных подростков, имеющих в анамнезе только несуициальные самоповреждения. Такое сближение несуициальных самоповреждений с суициальными попытками косвенно подтверждает, что несуициальные самоповреждения – это и способ предотвратить суициальную попытку, и «репетиция» истинной суициальной попытки [3]. Среди подростков клинической выборки с депрессивным симптомокомплексом такой промежуточный характер несуициальных самоповреждений еще более вероятен.

Заключение. Результаты исследования подтверждают связь негативной эмоциональности как личностной черты с интенсивностью душевной боли и безнадежности, причем компоненты негативной эмоциональности (депрессивность и эмоциональная изменчивость) выступают в качестве предикторов безнадежности. В качестве еще одного предиктора безнадежности, наряду с депрессивностью и эмоциональной изменчивостью, был определен более низкий уровень сочувствия (сопреживания, заботы о других людях).

Отсутствие значимых различий по переживанию душевной боли и безнадежности между подгруппами подростков с суициальными попытками и несуициальными самоповреждениями может быть объяснено небольшой выборкой (в данный момент сбор данных продолжается), а также необходимостью эмпирической проверки более сложных моделей, включающих в качестве факторов суициального риска не только внутриличностные, но и межличностные характеристики.

Список литературы

1. Калугин А.Ю., Щебетенко С.А., Мишкевич А.М., Сото К. Дж, Джон Оливер П. Психометрика русскоязычной версии Big Five Inventory-2// Психология. Журнал Высшей Школы Экономики. 2021, №1. С. 7–33.
2. Колачев Н.И., Чистопольская К.А., Ениколовов С.Н., Николаев Е.Л., Дровосеков С.Э. «Шкала душевной боли» Р. Холдена и «Шкала безнадежности» А. Бека: диагностические возможности для предсказания суициального риска // Психологические исследования: электронный научный журнал. 2023. Т. 16. № 90. С. 1–40.
3. Польская Н.А., Разваляева А.Ю. Основы диагностики и профилактики самоповреждающего поведения. Монография. М.: ФГБОУ ВО МГППУ, 2022. 220 с.
4. Чистопольская К.А., Журавлева Т.В., Ениколовов С.Н., Николаев Е.Л. Адаптация методик исследования суициальных аспектов личности // Психология. Журнал Высшей Школы Экономики. 2017. №1. С. 61–87
5. da Mota M. S. S., Ulguim H. B., Jansen K., et al. Are big five personality traits associated to suicidal behaviour in adolescents? A systematic review and meta-analysis // Journal of affective disorders. 2024. Vol. 347. P. 115–123.
6. Filippi M., Rignanese M., Salmè E., et al. The relationship between physical pain and suicidal thoughts and behaviors in adolescents: A meta-analysis // European Psychiatry. 2021 Vol. 64. P. 580–S580.
7. Riera-Serra P., Navarra-Ventura G., Castro G. A., et al. Clinical predictors of suicidal ideation, suicide attempts and suicide death in depressive disorder: a systematic review and meta-analysis // European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2023 Vol. 274. P. 1543–1563.
8. Soto C. J., John O. P. The next Big Five Inventory (BFI-2): Developing and assessing a hierarchical model with 15 facets to enhance bandwidth, fidelity, and predictive power // Journal of Personality and Social Psychology. 2017. Vol. 113. P. 117–143.

Полякова О.Б.

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ ДЕТЕРМИНАЦИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Центр психологии развития, Москва

Аннотация: мета-анализ научных публикаций Scopus 2024 дал возможность установить, что во внутренней детерминации суицидального поведения несовершеннолетних доминируют: академическое выгорание, виктимизация, посттравматический стресс, депрессия, злоупотребление психоактивными веществами, иммунные показатели, интернализация, нарушение липидного обмена, недостаток сна, одиночество, тревожность.

Ключевые слова: несовершеннолетние, поведение, суицидальное поведение, детерминация, внутренняя детерминация.

Polyakova O. B.

FEATURES OF INTERNAL DETERMINATION OF SUICIDAL BEHAVIOR OF MINORS

Center for Developmental Psychology, Moscow, Russia

Abstract. a meta-analysis of scientific publications in Scopus 2024 made it possible to establish that the following factors dominate in the internal determination of suicidal behavior in minors: academic burnout, victimization, post-traumatic stress, depression, substance abuse, immune indicators, internalization, lipid metabolism disorders, lack of sleep, loneliness, and anxiety.

Keywords: minors, behavior, suicidal behavior, determination, internal determination.

Суицидальное поведение несовершеннолетних – совокупность проявлений психической деятельности, направленных на самоубийство [3], внутренней суицидальной активности [2] (мыслей, попыток суицида, продумывания суицида, фантазий) [1], нуждающаяся в диагностике особенностей суицидального поведения несовершеннолетних и описании специфики его детерминации.

Выявление особенностей внутренней детерминации суицидального поведения несовершеннолетних осуществлено с помощью мета-анализа 12 научных статей Scopus 2024, ранее не переводившихся на русский язык и не подвергавшихся анализу.

При выявлении связей между показателями общего анализа крови (ОАК) и суицидальным поведением подростков [13] оценивались показатели ОАК между пациентами, госпитализированными в психиатрические учреждения с попытками самоубийства (ПС) и суицидальными мыслями (СМ), первоначально в тестовой когорте (n=110, 11-18 лет, 67% девушек, 72,7% белых), а затем в репликационной когорте (n=97). ОАК сравнивался с когортой здоровых

подростков (n=597) и когортой госпитализированных несуицидальных подростков (когорта НСП; n=51). У лиц с ПС более низкие %% эозинофилов, количество эозинофилов и тромбоцитов по сравнению с лицами с СМ. В когорте репликации только %% эозинофилов ниже у лиц с ПС. В продольном анализе более низкие показатели эозинофилов в крови и %% связаны с будущим СП. В перекрестных сравнительных анализа НСП имела схожие или более низкие %% и количества эозинофилов по сравнению с подростками, госпитализированными в психиатрические учреждения с ПС. Более низкие %% и количество эозинофилов присутствовали у подростков с недавней ПС (по сравнению с СМ).

При изучении нарушений липидного обмена у детей и подростков с тяжелым депрессивным расстройством (ДР) и связи с суицидальными мыслями (СМ) и попытками самоубийства (ПС) [11] участвовали 756 детей и подростков 8-18 лет с большими ДР из 3-ей народной больницы Фуяна. Определены показатели FBG (глюкозы крови натощак) и липидные параметры у всех субъектов. Исследованы истории СМ, случаи ПС и оценки симптомов ДР. Распространенность гиперхолестеринемии (ГХ), гипертриглицеридемии (ГТГ), высокого уровня ЛПНП-Х и низкого уровня ЛПВП-Х составила 5,42% (41/756), 10,58% (80/756), 3,84% (29/756) и 5,42% (41/756) соответственно. Для ГХ и ГТГ они положительно связаны с СМ и ПС. Показана положительная корреляция между низким уровнем ЛПВП-Х и ПС. Высокие уровни FBG (OR=2,86, 95% CI: 1,31-6,25, p=0,008) и худший уровень ЛПНП-Х (OR=357,82, 95% CI: 66,16-1935,10, p<0,001) – независимые факторы ГХ. Больше госпитализаций (OR=1,89, 95% ДИ: 1,07-3,35, p=0,028), ожирение (OR=2,55, 95% ДИ: 1,25-5,18, p=0,01), высокие уровни общего холестерина (OR=2,15, 95% ДИ: 1,03-4,48, p=0,042) и более высокие дозы антидепрессантов (OR=1,02, 95% ДИ: 1,00-1,04, p=0,029) – независимые факторы ГТГ. Высокие уровни холестерина ЛПВП (OR=0,11, 95% ДИ: 0,04-0,31, p<0,001) – защитный фактор. Высокие уровни ТС (OR=113,94, 95% CI: 20,01-648,85) различались (p<0,001) и предполагали, что фактор значительно связан с высоким уровнем ЛПНП-Х.

При исследовании большого депрессивного расстройства (БДР), начинаящегося в дошкольном возрасте, как сильного предиктора суицидальных мыслей и поведения (СМП) в предподростковом возрасте [7] участвовали 137 детей 8-12 лет, соответствовавших критериям БДР 3-6 лет, и недепрессивная выборка из 53 сверстников, соответствующих по возрасту, доходу и полу. В предподростковом возрасте дети с БДР в 7,38 раза чаще, чем их сверстники, одобряли СМП после раннего детства (p<0,001; 67,9% против 22,6%), в т.ч. в 6,71 раза чаще участвовали в суицидальном поведении/попытках (p=0,012; 21,9% против 3,8%); они в 8,98 раз чаще одобряли СМП в течение предыдущего месяца (p=0,005; 26,3% против 3,8%). Дети с БДР с СМП в 3,46 раза чаще, чем дети с БДР без СМП, поддерживали СМП в более позднем возрасте

(p=0,018; 83,1% против 54,2%). При исследовании связи недостатка сна (НС) с ростом тенденций к суицидальному поведению (СП) среди подростков [15] использованы 2-годичные данные из общенационального репрезентативного исследования США о рискованном поведении молодежи в 2007-2019 гг. Для оценки 2-годичных %% изменений (ДГПИ) и средних ДГПИ (СДГПИ) СП по продолжительности сна использовались модели регрессии точек соединения. Из 73356 подростков 16,11±1,23 лет, 50,03% женского пола. Суицидальные мысли и планы самоубийства среди группы с НС увеличились 2007-2019 гг. (ДГПИ=2,88% [95% доверительный интервал {CI}: 1,65%, 4,13%]; ДГПИ=3,42% [95% CI: 2,09%, 4,77%]), но незначительны среди группы с достаточным сном. Тенденции в суицидальных мыслях (СДГПИ=3,03% [95% CI: 1,35%, 4,73%]) и планах самоубийства (СДГПИ=4,03% [95% CI: 2,47%, 5,62%]) среди девочек-подростков с НС увеличились, но незначительны среди мальчиков-подростков с НС. Суицидальные мысли (СДГПИ=1,73% [95% ДИ: 0,51%, 2,97%]) и план самоубийства (СДГПИ=2,31% [95% ДИ: 0,70%, 3,95%]) увеличились среди младших подростков только с НС. План самоубийства среди группы с НС увеличился в 4 расовых группах, с самым высоким ДГПИ для белых (ДГПИ=3,48% [95% ДИ: 1,31%, 5,69%]) и самым низким для испаноязычных/латиноамериканцев (ДГПИ=1,18% [95% ДИ: 0,15%, 2,23%]), но незначительны среди группы с достаточным сном, за исключением белых (ДГПИ=2,83% [95% ДИ: 0,62%, 5,09%]).

При описании опыта виктимизации (ВИ), депрессивности, суицидности и одиночества у молодежи, находящейся под опекой [5] участвовали 164 молодых человека 14-21 года (M=17,39, SD=1,95), живущие в семейных домах. Они сообщили в среднем о 12,66 (SD=6,58) случаях ВИ. Девушки и группы разного пола сообщили о более высоких показателях ВИ, одиночества, депрессивности и суицидальности, чем юноши. ВИ со стороны сверстников значительно связана с депрессией ($\beta=0,23$, $p=0,002$) и одиночеством ($\beta=0,22$, $p=0,006$), сексуальная ВИ с депрессией ($\beta=0,22$, $p=0,004$).

При определении факторов депрессии (ДЕ) и суицидальных мыслей (СМ) у китайских детей и подростков [9] участвовали 160962 человека 8-18 лет (48,91% девочек и девушек). Опрос включал вопросы о демографии, ДЕ, СМ, тревожности, воспринимаемом стрессе, академическом выгорании, интернет-зависимости, несуицидальном самоповреждении, издевательствах и издевательствах. Проведена внешняя проверка на независимой выборке из 1812889 детей и подростков. Выявлены 7 факторов, связанных с ДЕ, и 6, связанных с СМ, со средними показателями точности 86,86% и 85,82% соответственно. Влияние факторы ДЕ и СМ – тревожность, воспринимаемый стресс, академическое выгорание, интернет-зависимость, несуицидальное самоповреждение, возраст, а также для ДЕ опыт издевательств.

При осуществлении цифрового подхода к решению проблемы суицидальных мыслей и поведения (СМП) в службах психического здоровья молодежи [4] участвовали 2021 молодой человек 16-25 лет, из которых 266 (11%) инициировали 1 или несколько уведомлений о высоком уровне СМП. Из 292 уведомлений 76% (222/292) решены, при этом медианное время ответа составило 1,9 (диапазон 0-50,8) дней. Клинические действия включали создание планов безопасности (60%, 134/222), проведение проверок безопасности (18%, 39/222), психотерапию (8%, 17/222), перевод в другую службу (3%, 8/222) и планирование новых приемов (2%, 4/222). Молодые люди с высоким уровнем суицидальности имели низкую вовлеченность в работу или образование, гетерогенную психопатологию, злоупотребление психоактивными веществами и рецидивирующую заболевание.

При раскрытии иммунологических коррелятов суицидальности (СУ) среди подростков с симптомами интернализации (ИН) [14] подростки проходили полуструктурированные интервью и заполняли самооценки психопатологии, включая СУ (суицидальные мысли, планы или попытки). Образцы крови натощак собирались, культивировались с липополисахаридом (ЛПС) и без него для стимуляции воспалительной реакции и анализировались на 41 иммунный аналит. Среди 126 подростков 29 здоровые контрольные лица, 97 с ИН (в клинической группе 57 испытывали СУ). З иммунных анализа различались между здоровыми контрольными лицами, суицидальными и несуицидальными подростками с ИН в состоянии ЛПС: Flt-3L ($pFDR=0,0246$), GM-CSF ($pFDR=0,0246$) и IFN- γ ($pFDR=0,0246$). Анализы отрицательно коррелировали со шкалой Бека для суицидальных мыслей (BSSI): Flt-3L ($\rho=-0,19$, $p=0,04$); GM-CSF ($\rho=-0,26$, $p=0,004$); IFN- γ ($\rho=-0,33$, $p=0,0003$). GM-CSF отрицательно коррелировал с количеством попыток самоубийства ($\rho=-0,39$, $p=0,003$). Flt-3L, GM-CSF и IFN- γ в значительной степени нагружали иммунные факторы, которые были гипоактивны при СУ.

При раскрытии связи суицидальности, пола, сексуальной ориентации и гендерного самовыражения среди учащихся средних школ в Гонконге [10] в анализ включены данные 8023 подростков (средний возраст=14,76, SD=1,66; 44,56% девочек). О высокой распространенности суицидальных мыслей и попыток самоубийства сообщили девочки категории негетеросексуальных с неконформным и нейтральным гендерным выражением и мальчики категории негетеросексуальных с неконформным гендерным выражением. Общая дисперсия суицидальных мыслей и попыток самоубийства составила 12,6% и 10,5% соответственно.

При рассмотрении психологических сопутствующих заболеваний и суицидальности приемных детей из числа сексуальных и гендерных меньшинств [12] 35 участников 12-26 лет, т.е. молодежь из числа сексуальных и гендерных

меньшинств (МЧСГМ), прошли опрос, оценивая различные области здоровья и благополучия (депрессию, тревожность, симптоматику посттравматического стресса, мысли о самоубийстве, планирование и попытку самоубийства, несуицидальное самоповреждение). 42,7% идентифицировали себя как лесбиянки или геи, 37,1% – бисексуалы или пансексуалы, 20% – гетеросексуалы, 54,3% – трансгендеры или представители разных полов (ТПРП). 25 от общей выборки (75,06%) соответствовали клиническому пороговому значению для полной интернализации, 22 (64,71%) – депрессии и 26 (78,79%) – тревожности. 70% сообщили о суицидальных мыслях, 45% – о попытках самоубийства в прошлом. Опыт отвержения на основе сексуальной ориентации связан с тревогой, депрессией и посттравматическими симптомами; опыт дискриминации или выражения ТПРП – с тревогой; одиночество и повседневная дискриминация – с симптомами посттравматического стресса.

При устранении пробелов в уходе после госпитализации подростков с суицидальными наклонностями [6] осуществлено исследование для оценки эффективности краткосрочного вмешательства (КСВ), телефонного приложения с планом безопасности (ТППБ) и их комбинации в отношении попыток самоубийства, суицидальных мыслей, несуицидального самоповреждения, повторных госпитализаций и суицидальных событий среди подростков. 240 подростков 12-17 лет, госпитализированные с суицидальными мыслями с планом и/или намерением, и/или попыткой самоубийства, распределены на 1 из 4 условий лечения в дизайне 2 на 2: 1) приложение КСВ + ТППБ + обычное лечение (ОЛ); 2) ТППБ + ОЛ; 3) КСВ + ОЛ; 4) ОЛ. Участники КСВ с меньшей вероятностью повторно госпитализировались в течение 6 месяцев (15,6% против 26,5%, $p=0,046$). Участники, госпитализированные из-за попытки и назначенные в ТППБ, имели более низкий уровень последующих попыток (коэффициент шансов [OR]=0,16, $p=0,01$) и большее время до попытки (коэффициент риска [HR]=0,20, $p=0,02$). КСВ + ТППБ, хотя и не был статистически значимым, наиболее последовательно ассоциировался со снижением (снижение на 60%) попыток самоубийства. При характеристике использования цифрового вмешательства в психическое здоровье (ЦВПЗ) для поддержки в кризисных ситуациях и оказания психиатрической помощи детям и подросткам с самоповреждающими мыслями и поведением (СПМП) [8] участвовали 2161 несовершеннолетний 10-17 лет), у которых во время сеансов проявлялись СПМП, группа быстрой кризисной поддержки предоставляла основанные на доказательствах услуги кризисной поддержки. Демографические данные, симптомы психического здоровья и изменение симптомов психического здоровья детей и подростков с СПМП (группа с СПМП) сравнивались с данными детей и подростков без СПМП (группа без СПМП). По сравнению с группой без СПМП (1977/2161, 91,49%), группа с СПМП (184/2161, 8,51%) состояла

из подростков (107/184, 58,2%) и девочек и подростков (118/184, 64,1%). В начале по сравнению с группой без СПМП, группа с СПМП имела более выраженные симптомы тревоги и депрессии. До и после лечения психических расстройств с помощью ЦВПЗ обе группы не различались по частоте детей и подростков с улучшением симптомов тревоги (группа с СПМП: 54/70, 77% против группы без СПМП: 367/440, 83,4%; $\chi^2=1,2$; $p=0,32$), а также улучшением симптомов депрессии (группа с СПМП: 58/72, 81% против группы без СПМП: 255/313, 81,5%; $\chi^2=0$; $p=0,99$). 2 группы не различались по степени изменения тяжести симптомов во время лечения с помощью ЦВПЗ для симптомов тревоги ($t=80,20=1,37$; $p=0,28$) и депрессии ($t=83,75=-0,08$; $p=0,99$). Участие в совместной помощи ЦВПЗ связано с улучшением результатов психического здоровья у детей и подростков, страдающих СПМП.

Таким образом, во внутренней детерминации суициального поведения несовершеннолетних доминируют: академическое выгорание, виктимизация, воспринимаемый стресс, гетерогенная психопатология, депрессия, злоупотребление психоактивными веществами, иммунные показатели, интернализация, интернет-зависимость, нарушение липидного обмена, невовлеченность в учебу, недостаток сна, несуицидальное самоповреждение, одиночество, симптоматика посттравматического стресса, тревожность.

Список литературы

1. Бонкало Т.И., Полякова О.Б. Психологические факторы риска суициальных состояний и суициального поведения личности. М.: НИИОЗММ ДЗМ, 2024. 223 с.
2. Бонкало Т.И., Полякова О.Б. Суицидальное поведение. М.: НИИОЗММ ДЗМ, 2024. 87 с.
3. Полякова О.Б., Бонкало Т.И. Суицид. М.: НИИОЗММ ДЗМ, 2024. 81 с.
4. Chong M.K., Hickie I.B., Ottavio A. et al. A digital approach for addressing suicidal ideation and behaviors in youth mental health services: observational study // *Journal of Medical Internet Research*. 2024. V. 26. P. 60879.
5. Emmerich O.L. M., Wagner B., Heinrichs N. et al. Lifetime victimization experiences, depressiveness, suicidality, and feelings of loneliness in youth in care // *Child Abuse & Neglect*. 2024. V. 154. P. 106870.
6. Goldstein T.R., Kennard B.D., Porta G. et al. Bridging Gaps in Care Following Hospitalization for Suicidal Adolescents: As Safe As Possible (ASAP) and BRITÉ App // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2024. V. 18. P. 6008.
7. Hennefield L., Whalen D.J., Tillman R. et al. Preschool-Onset Major Depressive Disorder as a Strong Predictor of Suicidal Ideation and Behaviors Into Preadolescence // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2024. V. 63 (9). P. 919-930.
8. Lawrence-Sidebottom D., Huffman L.G., Beam A.B. et al. Using a Digital Mental Health Intervention for Crisis Support and Mental Health Care Among Children and Adolescents With Self-Injurious Thoughts and Behaviors: Retrospective Study // *JMIR Formative Research*. 2024. V. 8. P. 54816.
9. Li Q., Song K., Feng T. et al. Machine learning identifies different related factors associated with depression and suicidal ideation in Chinese children and adolescents // *Journal of Affective Disorders*. 2024. V. 361. P. 24-35.
10. Li Z., Yip P.S.F. Suicidality at the intersection of sex, sexual orientation, and gender expression among secondary school students in Hong Kong: a population-based study // *The Lancet_Regional_Health – Western_Pacific*. 2024. V. 53. P. 101252.
11. Liu Z., Sun L., Sun F. et al. The abnormalities of lipid metabolism in children and adolescents with major depressive disorder and relationship with suicidal ideation and attempted suicide // *Heliyon*. 2024. V. 10 (9). P. e30344.
12. Prince D.M., Ray-Novak M., Tossone K. et al. Psychological comorbidities and suicidality in sexual and gender minority foster youth // *Children_and_Youth Services_Review*. 2024. V. 156. P. 107379.
13. Rengasamy M., Kovats T., Wears A. et al. Cross-sectional and longitudinal relationships between complete blood count measures and adolescent suicidal behavior // *Journal of Affective Disorders Reports*. 2024. V. 15. P. 100684.
14. Roske C., Nguyen T.N. B., Schwartz J.J. et al. Immunological correlates of suicidality among adolescents with internalizing symptoms // *Brain, Behavior, & Immunity – Health*. 2024. V. 41. P. 100866.
15. Wang M.A. Z., Tang Y., Wang G. et al. Insufficient Sleep is Associated With Increasing Trends in Adolescent Suicidal Behaviors // *Journal of Adolescent Health*. 2024. V. 74 (6). P. 1198-1207.

КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЕ У ПОДРОСТКОВ С ЛИЧНОСТНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ: ВЛИЯНИЕ НЕСУИЦИДАЛЬНОГО САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ НА ВЫБОР СТРАТЕГИЙ

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Аннотация. В статье представлены результаты эмпирического исследования, посвященного изучению особенностей совладающего поведения у подростков 15–17 лет с несуицидальным самоповреждающим поведением (НССП). В исследовании приняли участие две группы подростков: с выявленным НССП и без него. Использовались методики, направленные на изучение типов самоповреждений, мотивов НССП, уровня суицидального риска, копинг-стратегий и жизнестойкости. Результаты показали, что подростки с НССП чаще используют непродуктивные копинг-стратегии, такие как самообвинение и несовладание, а также имеют сниженный уровень жизнестойкости и антисуицидального фактора. Полученные данные подчеркивают необходимость раннего выявления НССП и разработки комплексных программ профилактики и коррекции для данной группы подростков.

Ключевые слова: несуицидальное самоповреждающее поведение, подростки, личностные расстройства, копинг-поведение.

Potapova E. A., Pasha V.N.

COPING BEHAVIOR IN ADOLESCENTS WITH PERSONALITY DISORDERS: THE IMPACT OF NON-SUICIDAL SELF-HARMING BEHAVIOR ON THE CHOICE OF STRATEGIES

St Petersburg State Pediatric Medical University, St Petersburg, Russia

Abstract. The article presents the results of an empirical study focused on exploring the characteristics of coping behavior in adolescents aged 15–17 with non-suicidal self-injurious behavior (NSSIB). The study involved two groups of adolescents: those with identified NSSIB and those without it. Methods aimed at examining types of self-harm, motives for NSSIB, levels of suicidal risk, coping strategies, and resilience were used. The results revealed that adolescents with NSSIB more frequently employ non-productive coping strategies, such as self-blame and non-coping, and exhibit reduced levels of resilience and anti-suicidal factors. The findings highlight the need for early detection of NSSIB and the development of comprehensive prevention and intervention programs for this group of adolescents.

Keywords: non-suicidal self-harming behavior, adolescents, personality disorders, coping behavior.

Актуальность. Несуицидальное самоповреждающее поведение (НССП) – это преднамеренное нанесение себе физического вреда без суицидальных намерений. Оно включает такие действия, как порезы, ожоги, самоизбиение и другие формы самоповреждения [1, 2, 8]. По данным различных исследований, распространность НССП среди подростков достигает 15–20%, причем у лиц с личностными нарушениями этот показатель значительно выше [5, 9]. Изучение копинг-стратегий у этой группы подростков позволяет понять, как НССП влияет на выбор способов совладания со стрессом и эмоциональными трудностями.

Цель исследования: сравнить копинг-стратегии у подростков с личностными расстройствами, имеющих и не имеющих опыт НССП, для выявления специфики их совладающего поведения.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 40 подростков в возрасте 15–17 лет ($M=15,9$). Среди них лиц мужского пола – 21 чел. (52,5%), женского пола – 19 чел. (47,5%). Исследование проводилось в очном формате, на базе 11 отделения лечения психических расстройств у подростков НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева. Нозология выборки была представлена эмоционально неустойчивым расстройством личности (F 60.3) – 17 человек (42,5%), тревожным расстройством личности (F 60.6) – 11 человек (27,5%), смешанным расстройством личности (F61.0) – 12 человек (30%). Для выявления социально-демографических и клинико-анамнестических данных с каждым из участников было проведено интервью. Все респонденты находились на первичной госпитализации и не имели суицидальных попыток в анамнезе. Выявление опыта самоповреждения и его специфики производилось с использованием опросника утверждений о самоповреждениях (ISAS) адаптация М. С. Зинчук (2023). На основании полученных данных респонденты были разделены на 2 группы в зависимости от наличия (основная группа) или отсутствия (контрольная группа) несуицидального самоповреждающего поведения. Для определения уровня суицидальной наклонности респондентов использовался опросник Т. Н. Разуваевой (1993), для характеристики совладающего поведения – юношеская копинг-шкала, ACS в адаптации Т. Л. Крюковой (2002). Оценка жизнестойкости подростков производилась с помощь теста жизнестойкости Мадди в адаптации Д. А. Леонтьева, Е. И. Рассказовой (2006).

Основные результаты. Анализ доминирующих типов самоповреждений в группе подростков с выявлением НССП показал, что наиболее распространенными типами самоповреждений были: препятствование заживлению ран (35% случаев), сильное расцарапывание (20%) и самоизбиение (20%). Возраст первого акта самоповреждения варьировался от 6 до 14 лет, но наиболее часто НССП начиналось в 13–14 лет. Основными мотивами НССП были: аффективная регуляция (снижение интенсивности негативных эмоций), снижение тревоги, предотвращение мыслей о суициде.

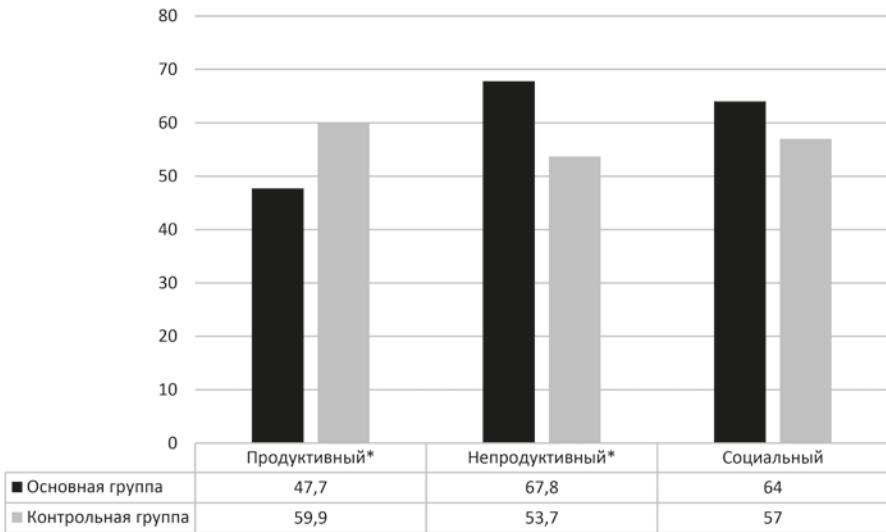


Рис. 1. Характеристика типов копингов, методика «Юношеская копинг-шкала ACS» (Крюкова Т.Л.)
Прим. * – есть различия при $p < 0,05$.

Исследование уровня суициального риска показало, что у подростков с НССП был выявлен повышенный уровень аффективности (3,96 из 6,6 баллов), что свидетельствует о преобладании эмоционального компонента над интеллектуальным контролем. Также у этой группы наблюдалась высокая выраженность чувства несостоенности (4,5 из 7,5 баллов) и склонность к оправданию суициального поведения (3,1 из 7 баллов). В то же время антисуицидальный фактор у подростков с НССП был снижен (4,9 из 6,4 баллов) по сравнению с контрольной группой (6,02 из 6,4 баллов).

Исследование копинг-стратегий продемонстрировало, что подростки с НССП чаще использовали непродуктивные копинг-стратегии ($p=0,01$). Как видно на рисунке 1, уровень продуктивного типа копингов у подростков с НССП был на 10% ниже, чем у контрольной группы.

Среди непродуктивных стратегий подростки с НССП чаще использовали такие копинги, как самообвинение ($p=0,02$), несовладание ($p=0,013$), среди социальных стратегий – принадлежность ($p=0,015$). Анализ продуктивных копингов показал, что подростки с НССП достоверно реже прибегают к позитивному фокусу ($p=0,001$) и стратегиям, связанным с работой и достижениями ($p=0,001$).

Оценка уровня жизнестойкости показала статистически значимые различия по всем исследуемым параметрам (см. таб.1).

Таблица 1
Характеристика уровня жизнестойкости, методика «тест жизнестойкости» (С. Мадди)

	Группа с НССП	Группа без НССП	Достоверность различий
Вовлеченность	19,5	32,9	$p=0,001$
Контроль	15,2	26,3	$p=0,000$
Принятие риска	11,7	17,1	$p=0,007$
Жизнестойкость	45,95	76,1	$p=0,000$

Подростки с НССП демонстрировали низкий уровень жизнестойкости. Для них характерно чувство отвергнутости и беспомощности, трудности в управлении своей жизнью и восприятии стрессовых ситуаций как возможностей для роста. Значения контрольной группы по всем параметрам находились на среднем уровне, что отражает их большую готовность препятствовать возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях, в том числе и за счет использования эффективных копинг-стратегий.

Корреляционный анализ выявил значимые взаимосвязи между различными психологическими конструкциями. У подростков с НССП наблюдалась обратная корреляция между параметром «сломом культурных барьеров» (оправдание суициального поведения) и несовладанием со стрессом ($r=-0,55$, $p < 0,05$). Также была выявлена положительная корреляция между отвлечением и аффективностью ($r=0,53$, $p < 0,05$), что указывает на склонность подростков с НССП избегать решения проблем и испытывать сильные эмоциональные реакции. В контрольной группе обратная корреляция между принятием риска и социальной поддержкой ($r=-0,65$, $p < 0,01$) свидетельствует о том, что подростки, склонные к рискованным действиям, часто имеют низкий уровень социальной поддержки. Также была выявлена обратная корреляция между несостоенностью и профессиональной помощью ($r=-0,67$, $p < 0,01$), что подчеркивает важность доступности психологической поддержки для подростков.

Обсуждение результатов. Результаты исследования подтверждают, что подростки с НССП чаще используют непродуктивные копинг-стратегии, такие как самообвинение и несовладание, что может быть связано с трудностями в эмоциональной регуляции и низким уровнем жизнестойкости. Полученные данные согласуются с современными отечественными и зарубежными исследованиями [1, 5, 8, 10]. Также у этой группы наблюдается сниженный антисуицидальный фактор и склонность к оправданию суициального поведения, что повышает риск развития суицидальных намерений в будущем [6, 10]. Понимание этих закономерностей имеет решающее значение для разработки превентивных мер, способных содействовать формированию у подростков

более эффективных стратегий совладания со стрессом, повысить их эмоциональную устойчивость и жизнестойкость [3, 4, 7].

Заключение. Подростки с личностными расстройствами и НССП демонстрируют менее адаптивные копинг-стратегии по сравнению с группой без НССП. Подростки с НССП имеют низкий уровень жизнестойкости, склонны к самообвинению и оправданию суицидального поведения. НССП играет значительную роль в эмоциональной регуляции, но требует замены на более конструктивные методы совладания. Полученные данные подчеркивают важность раннего выявления НССП и разработки комплексных программ профилактики и коррекции, направленных на развитие адаптивных копинг-стратегий и повышение уровня жизнестойкости у данной группы подростков.

Список литературы

1. Андронникова О. О., Волкова Е. Н. Обзор зарубежных исследований по проблеме несуицидального самоповреждения у детей и подростков // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2020. – №3. – С.38-50.
2. Боян Н. А., Евсеев В. Д., Мандель А. И., Пешковская А. Г. Обзор исследований несуицидальных форм самоповреждений по шкалам и опросникам NSSI // Суицидология. – 2020. – №1(38). – С.70-83. – DOI 10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-70-83
3. Гончаренко А. Ю. и др. Профилактика суицидального поведения подростков: организационная модель межведомственного взаимодействия // Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. – 2022. – С. 455.
4. Григорьева А. А. Персонифицированный подход в превенции аутоагрессивного поведения подростков // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2020. – №8(2). – С.149-159. – DOI 10.23888/humJ20202149-159
5. Зинчук М. С., Аведисова А. С., Гехт А. Б. Несуицидальное самоповреждающее поведение при психических расстройствах непсихотического уровня: эпидемиология, социальные и клинические факторы риска // Журнал неврологии и психиатрии. – 2019. – №3. – С. 108-119. – DOI 10.17116/jnevro2019119031108
6. 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. – №1(34). – С. 48-57.
7. Baetens, I., Van Hove, L., Azadfar, Z., Van Heel, M. and Soyez, V. The Effectivity of a School-Based Early Intervention Targeting Psychological Complaints and Non-Suicidal Self-Injury in Adolescents, March 5, 2024. DOI: 10.20944/pre-prints202403.0237.v1
8. Baker, A. C., Wallander, J. L., Elliott, M. N. et al. Non-Suicidal Self-Injury Among Adolescents: A Structural Model with Socioecological Connectedness, Bullying

Victimization, and Depression. Child Psychiatry Hum Dev 54, 1190–1208 (2023). DOI: 10.1007/s10578-022-01319-6

9. Huang, L., Hou, D., Xiao, Q. and Huang, X., Associations Among Psychological Resilience, Self-Esteem, Social Support, and Non-Suicidal Self-Injury Behaviors in Adolescents Receiving Inpatient Psychiatric Care., Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, pp. 1–8, March 8, 2024. DOI: 10.3928/02793695-20240301-01
10. Kostić, J., Zikic, O., Djordjević, V., Ristić, A. and Krivokapić, Ž., Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Beliefs in Adolescent Inpatient, Medicina, from <https://www.mdpi.com/1648-9144/60/5/796/pdf?version=1715398197>, May 11, 2024. DOI: 10.3390/medicina60050796

Прокопович Г.А.^{1,2}, Стомова Т.В.², Добровольская А.Е.^{1,2},
Софронов А.Г.^{1,2}, Бочаров А.В.¹

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ (ОПЫТ РАБОТЫ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ)

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» МЗ РФ¹,
СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова»², Санкт-Петербург

Аннотация. Исследование посвящено изучению суицидального поведения подростков, причин, способов совершения попыток самоубийства для определения основных мишеней для антисуицидальных стратегий.

Ключевые слова: самоубийство, суицидальное поведение, подростки.

Prokopovich G. A.^{1,2}, Gvozdetsky A. N.^{1,2}, Dobrovolskaya A. E.^{1,2},
Sofronov A. G.^{1,2}, Bocharov A. V.¹

SUICIDAL BEHAVIOR OF ADOLESCENTS (WORK EXPERIENCE OF THE PSYCHIATRIC ADVISORY SERVICE)

Northwestern State Medical University n.a. I. I. Mechnikov¹,
City Psychiatric Hospital N3 n.a. I. I. Skvortsov-Stepanov², St. Petersburg, Russia

Abstract. The article is devoted to the study of suicidal behavior of adolescents, the causes, and methods of suicide attempts to identify the main targets for determining the direction of antisuicidal strategies.

Keywords: suicide, suicidal behavior, teenagers.

Введение. В последние десятилетия отмечается рост суицидов среди детей и подростков [1, 2, 5, 8]. Самоубийство является одной из самых трагичных форм социального поведения, обусловленного утратой смысла жизни, и особенно драматично, когда суициды совершаются в детском и юношеском возрасте. Каждый случай суицида молодого человека затрагивает не только его родных и близких, но также является критическим событием для его сверстников. Согласно исследованиям, профилактика суицидального поведения может быть осуществлена на различных уровнях: от первичной профилактики в школе до работы с семьями, где подросток уже совершил попытку самоубийства [1, 2, 4, 8]. Оценка риска потенциального суицидального поведения остается очень сложной задачей, поскольку факторы, влияющие на принятие решения, разнообразны [5]. Тщательное изучение причин [1], способов совершения [3], предикторов, коими являются аутоагрессивные действия

и суицидальные попытки [6, 7], могут помочь в поиске решений, способных удержать детей и подростков от отчаянного шага.

Целью исследования было выявление причин, клинических характеристик и способов аутоагрессивного, в том числе суицидального поведения подростков.

Материалы и методы. Сплошным методом были изучены журналы выездной психиатрической службы СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 имени И. И. Скворцова-Степанова». В исследование включались случаи суицидального и несуицидального аутоагрессивного поведения подростков, которые были консультированы дежурным врачом в соматических стационарах. Период исследования – 2022-2024 гг. Анализируемые данные включали социально-демографические и клинические показатели пациентов в возрасте 8-17 лет включительно.

Результаты и обсуждения. Выездная психиатрическая служба осуществляет консультации в рамках первичной медико-санитарной помощи. Средний возраст пациентов, консультированных в детских больницах, составил 15,2 +0,8, 82,92% девочек. Доля от общего числа консультаций составила 5,88% в 2024 году; 12,90% в 2023; 10,53% в 2022. Прослеживалась тенденция к росту доли консультаций по поводу аутоагрессивного (в том числе суицидального поведения): 44,19% – 2022; 45,59% – 2023; 68,00% – 2024. Доля пациентов, переведенных в психиатрический стационар: 2022 – 89,5%; 2023 – 87,1%; 2024 – 94,1%, что может косвенно свидетельствовать о серьезности намерений. По диагностическим категориям: F2 – 3,92%; F3 – 17,65%; F4 – 25,49%; F5 – 33,33%; F6 – 19,61%. 80,48% случаев аутоагрессивного поведения включали нанесение себе порезов и ссадин острыми предметами; истинные суицидальные намерения были выявлены в 39,02% случаев; в 95,72% случаев причиной пациенты называли внутрисемейные конфликты (с родителями). Два пациента указали, что причиной была ссора с сиблингами; один подросток указал на конфликт в школе с учителями и один – на конфликт с друзьями.

Выводы. Согласно полученным результатам, можно говорить, что наметилась тенденция к росту числа консультаций по поводу суицидального поведения подростков; увеличилась доля пациентов, направляемых для дальнейшего лечения в психиатрический стационар, что свидетельствует как о серьезности намерений, так и наличии психического расстройства, требующего госпитализации. Значительное число лиц с 8 до 17 лет среди основных причин, приведших к аутоагрессивным действиям, в том числе суицидального характера называет конфликты с родителями, а свои действия «способом быть услышанными». Таким образом, необходимо проведение дальнейших исследований для поиска наиболее эффективных путей решения проблемы подросткового суицида, которые несомненно лежат в рамках межведомственного взаимодействия.

Список литературы

1. Колесникова, А. А. Суициды подростков: как предупредить? / А. А. Колесникова // Преступность в СНГ: проблемы предупреждения и раскрытия преступлений: Сборник материалов международной научно-практической конференции, Воронеж, 21 мая 2020 года. Том Часть 2. – Воронеж: Воронежский институт Министерства внутренних дел Российской Федерации, 2020. – С. 189-190.
2. Николаева, А. Ю. Рост числа случаев самоубийств среди подростков как вызов современному обществу: проблема и пути ее решения / А. Ю. Николаева // Архитектура международных отношений в ХХI веке и глобальные тренды современности: теория и реальность: Материалы XIII Международной научно-практической конференции, Тверь, 16 ноября 2023 года. – Тверь: Тверской государственный университет, 2024. – С. 302-306.
3. Способы совершения самоубийств: различия между поколениями (на примере населения Санкт-Петербурга) / В. А. Розанов, А. Я. Вукс, М. В. Анохина [и др.] // Суицидология. – 2024. – Т. 15, № 2(55). – С. 3-28. – DOI 10.32878/suiciderus.24-15-02(55)-3-28.
4. Туриспаева, А. Н. Самоубийство как социально-психологическая проблема подростков / А. Н. Туриспаева // Безопасность в профессиональной деятельности педагога: материалы Всероссийской научно-практической конференции, Екатеринбург, 23–24 января 2023 года. – Екатеринбург: Уральский государственный педагогический университет, 2023. – С. 176-181. – EDN RWKFSE.
5. Breslin K, Balaban J, Shubkin CD. Adolescent suicide: what can pediatricians do? *Curr Opin Pediatr.* 2020 Aug;32(4):595-600. doi: 10.1097/MOP.0000000000000916. PMID: 32618792.
6. Castellví P, Lucas-Romero E, Miranda-Mendíbal A, Parés-Badell O, Almenara J, Alonso I, Blasco MJ, Cebrià A, Gabilondo A, Gili M, Lagares C, Piqueras JA, Roca M, Rodríguez-Marín J, Rodríguez-Jiménez T, Soto-Sanz V, Alonso J. Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis. *J Affect Disord.* 2017 Jun; 215:37-48. doi: 10.1016/j.jad.2017.03.035. Epub 2017 Mar 12. PMID: 28315579.
7. Duarte TA, Paulino S, Almeida C, Gomes HS, Santos N, Gouveia-Pereira M. Self-harm as a predisposition for suicide attempts: A study of adolescents' deliberate self-harm, suicidal ideation, and suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2020 May; 287:112553. doi: 10.1016/j.psychres.2019.112553. Epub 2019 Sep 3. PMID: 31526562.
8. Hua LL, Lee J, Rahmandar MH, Sigel EJ; Committee on Adolescence; Council on Injury, Violence, and Poison Prevention. Suicide and Suicide Risk in Adolescents. *Pediatrics.* 2024 Jan 1;153(1):e2023064800. doi: 10.1542/peds.2023-064800. PMID: 38073403.

Резаков А. А.

АНГЕДОНИЯ КАК ПРЕДИКТОР СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ — ИСТОРИЧЕСКИЕ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Аннотация. Ангедония — это широкий спектр нарушений, включая снижение мотивации или способности испытывать удовольствие. В статье показана эволюция взглядов на ангедонию, ее роль в формировании суицидального поведения.

Ключевые слова: ангедония, нозологическая принадлежность, дети и подростки

Rezakov A. A.

ANHEDONIA AS A PREDICTOR OF SUICIDAL BEHAVIOR — HISTORICAL AND MODERN APPROACHES TO THE STUDY OF THE PROBLEM (LITERATURE REVIEW)

St. Petersburg State Pediatric Medical University, Saint-Petersburg, Russia

Résumé. Anhedonia is a wide range of disorders, including decreased motivation or ability to experience pleasure. The article shows the evolution of views on anhedonia, its role in the formation of suicidal behavior.

Keywords: anhedonia, nosological affiliation, children and adolescents.

Определение феномена и исторические аспекты изучения ангедонии. Первоначально ангедония была определена в 1896 году Теодюлем Арманом Рибо в работе «Психология чувств» как пониженная способность испытывать удовольствие, она использовалась для обозначения дефицита во многих аспектах вознаграждения. Позднее феномен ангедонии нашёл отражение в работах Э. Крепелина и Е. Bleuler при описании эмоционального дефекта при процессуальных нарушениях. Е. Bleuler в своей исследовательской деятельности большое значение отводил прогностической и диагностической ценности нарушений при ангедонии [1]. Далее интерес исследователей к ней ослабел. Лишь к середине 1950 года интерес к ангедонии возродился.

Нозологическая принадлежность ангедонии. А. В. Снежневский подчёркивал отсутствие нозологической специфиности негативных расстройств, определяя ангедонию как составную их часть. В. Н. Крылов (2014) выделил парциальный вариант ангедонии с фрагментарным нарушением восприятия положительных стимулов и тотальный — с утратой способности переживания всех положительных эмоций. Отечественные исследователи

проводили изучение динамики ангедонии у пациентов с непрерывным и приступообразным типом течения шизофрении и пришли к выводам, что показатели ангедонии оставались выше у пациентов с непрерывным типом течения заболевания, проявления ангедонии в этом случае могли быть в структуре астенического типа дефекта [5]. Изучение социальной ангедонии у детей и подростков с расстройствами аутистического спектра представлено в работе исследователей, которые установили, что социальная ангедония является широко представленным признанным симптоматическим фенотипом при расстройствах аутистического спектра, связанным с высокими показателями дефицита социальных навыков, социальной тревожностью и проявлениями аутизма [14]. Ангедония при расстройствах пищевого поведения рассматривается в рамках изменённой обработки вознаграждения на основе субъективного опыта, функции нейротрансмиттера, нейронным корреляциям и когнитивным показателям, соответствующим различным компонентам вознаграждения – то есть симпатии, желанию и обучению [19]. Другие авторы указывают, что ангедония увеличивает риск расстройств пищевого поведения через взаимосвязь с нерегулируемым питанием и набором веса, и это является прямым влиянием через депрессию и ограничение физической активности и опосредованным влиянием, когда ангедония приводит к неблагоприятным результатам, связанным с питанием и весом [17]. В работе немецких исследователей в Дрездене также прослеживается взаимосвязь между ангедонией и нервной анорексией. Авторами показано, что после восстановления веса ангедония усиливается, как и в случаях краткосрочной или долгосрочной ремиссии, тогда как депрессивные симптомы со временем уменьшались: при этом ангедония являлась чертой, характерной при нервной анорексии, не связанной с депрессивной симптоматикой в контексте недоедания [10]. Взаимоотношения между ангедонией и тревогой показаны в исследованиях кафедры психиатрии Калифорнийского Университета в Сан-Диего, авторы данного исследования выявили, что ангедония нарушает ключевые процессы, которые играют центральную роль в поддержке восстановления после возникновения тревоги. Анализ ангедонии при тревожных расстройствах и расстройствах депрессивного спектра у подростков проведён в исследованиях у авторов [15]. Связь между стрессом и ангедонией изучалась и в последнее время. Авторы установили связь между действием стрессового фактора и ангедонией [11]. Это коррелирует с исследованиями, где была изучена ангедония при посттравматическом стрессовом расстройстве, наряду с деперсонализацией, дереализацией, негативным настроением [21]. Есть исследования о возникновении ангедонии при эпилепсии, авторы изучили пациентов с фокальной эпилепсией и генерализованной эпилепсией, при этом отмечалась взаимосвязь между неспособностью чувствовать удовольствие и низкими коммуника-

тивными способностями, сниженными функциями памяти [20]. Некоторые авторы в своих исследованиях рассматривают и предикторы формирования ангедонии. В ряде исследований показано, что в возрасте 3 лет у ребёнка более низкая общительность предсказывала более высокий уровень социальной ангедонии у подростков в возрасте 12 лет [18]. В МКБ-10 ангедония определяется как неспособность испытывать интерес, удовольствие, положительные эмоции, входит в перечисление симптомов депрессивного расстройства. В DSM-5 ангедония являлась ведущим симптомом при определении большого депрессивного эпизода. Утрата способности радоваться наряду с другими признаками может быть основным симптомом в рамках хронической затяжной депрессии или дистимии. Отмечается наличие корреляций между типом депрессивного состояния и проявлениями ангедонии – тотальным вариантом при тоскливо-апатической депрессии и парциальным – при психогенных. Есть исследования по ангедонии в связи с возникновением депрессии от проведения нейролептической терапии. Один из механизмов её формирования – блокада нейролептическими препаратами дофаминовых рецепторов, считающихся посредниками «удовольствия». Понимание ангедонии не только как потери чувства удовольствия, а в более широком контексте, в структуре сложных апатических расстройств у подростков, относит понимание проблемы феномена на трансдиагностический уровень.

В последнее время ангедония стала проявляться у подростков и лиц молодого возраста вне контекста шизофрении или депрессии, вне связи с реактивными компонентами, а как результат формирующегося расстройства личности или при пограничном расстройстве личности, в этих случаях утрата чувства удовольствия тесно связано с ощущением внутренней пустоты, безысходности и опустошённости, нарушением социальных связей и нарастающей социальной дезадаптацией.

Основные закономерности нейроморфологии и нейрофизиологии при ангедонии.

В настоящее время получены результаты по исследованию нейроморфологического и нейрометаболического субстрата при ангедонии. Ангедония у детей объясняется различием в нескольких показателях мозговой взаимосвязи между вентральной хвостовой частью, верхней лобной извилиной, верхней теменной долей, левой височной извилиной и угловой извилиной и клином [26]. Гипотеза нарушения передачи дофамина и/или опиоидной сигнализации в полосатом теле являются основой ангедонии. У лиц с шизофренией отмечаются изменённые предсказания вознаграждения и связанные с ним изменения в стриатуме и префронтальной активности, нарушение обучения вознаграждению и нарушения выбора действия, модулированного вознаграждением [9]. Некоторые исследования касаются уменьшения объёма дорсального полосатого

тела, что изучалось у подростков. В частности, авторы изучили взаимосвязь объёма полосатого тела и тяжести клинических проявлений ангедонии среди подростков. Было установлено, что по данным МРТ в поперечном анализе объём правого прилегающего ядра был обратно пропорционален тяжести ангедонии; кроме этого, уменьшенный двусторонний объём скорлупы перспективно предсказывал тяжесть ангедонии [8]. Китайские исследователи рассмотрели ангедонию у пациентов с большим депрессивным расстройством и при первом эпизоде без фармакотерапии. Повышение тяжести ангедонии коррелировала с величиной функциональной связи вентральной хвостовой части с клином и средней височной частью, таким образом, подтверждая факт взаимосвязи ангедонии и изменёнными связями вентрального хвостового ядра и коры головного мозга [25]. Ряд авторов в своих исследованиях в основе ангедонии выделяли влияние С-реактивного белка на ангедонию через опосредованный путь, включающий изменения в лобно-стриарной сети [16]. Исследования, посвящённые нарушению регуляции дофамина в рамках мотивационной ангедонии при депрессивном расстройстве и при шизофрении, проводились польскими авторами. Согласно их результатам, нарушения в обработке вознаграждения являются важнейшими симптомами большого депрессивного расстройства и шизофрении. Авторы выделяли отдельно мотивационную ангедонию и консуматорную ангедонию. Мотивационная ангедония соответствовала нарушенной мотивации к получению вознаграждения («желание»), консуматорная ангедония – уменьшение удовлетворения от его потребления («симпатия»). Исследователи подчеркнули, что при депрессивном расстройстве и шизофрении консуматорная ангедония не различается, тогда как мотивационная ангедония является результатом дисрегуляции дофаминовой передачи, следовательно, любая длительная дисрегуляция дофаминового уровня приводит к дисфункции полосатого тела и мотивационной ангедонии [22]. Исследование по дефициту ГАМК у подростков в передней поясной коре с помощью протонной магнитно-резонансной спектроскопии и влиянию на ангедонию выявило, что ангедония вносила существенный вклад в снижение уровня ГАМК [13]. Установлено влияние на проявления ангедонии (кроме ГАМК) других нейромедиаторов – серотонина, норадреналина, опиоидов, глютамата и ацетилхолина [24].

Генетические аспекты изучения ангедонии. Интересны геномные исследования ангедонии, генетические корреляции с психическими расстройствами в настоящее время и определение ассоциации с изменением структуры головного мозга. Проведено геномное ассоциативное исследование состояния ангедонии у испытуемых. В исследовании использовался подход полигенной оценки риска для проверки связи между генетической нагрузкой для ангедонии и структурой и функцией головного мозга. В рамках данного иссле-

дования были идентифицированы 11 новых локусов, связанных ангедонией на уровне геномной значимости, с оценкой исследуемости SNP (h2 SNP) 5,6%. Были обнаружены сильные положительные генетические корреляции между ангедонией и большим депрессивным расстройством, шизофренией и биполярным аффективным расстройством. Авторы также установили, что полигенный риск ангедонии был связан с более низкой целостностью белого вещества головного мозга, меньшим объёмом серого вещества и меньшими объёмами областей мозга, связанных с обработкой вознаграждения и удовольствия, включая и орбитофронтальную кору [24].

Ангедония и суицидальное поведение. Ангедония как потеря способности испытывать удовольствие и интерес к окружающему может стать причиной самоубийства. Установлено, что ангедония связана с суицидальностью независимо от ряда других депрессивных проявлений. После учёта физического аспекта ангедонии, например потери энергии, потеря интереса к людям может быть особенно сильным предиктором суицидальных мыслей. Этот аспект ангедонии, потенциально связанный с ощущением, что человек не принадлежит к определённой популяционной группе, может представлять собой начало социальной изоляции и привести к самоубийству. Кроме этого, отсутствие принадлежности в соответствующей социальной группе может быть важнейшим предиктором суицида [2]. Несмотря на неспецифичность феномена и возможность проявления при широком спектре психических расстройств, ангедония приводит к выраженной социальной дезадаптации и ухудшению качества жизни и может быть предиктором суицидального поведения. Дальнейшее изучение ангедонии позволит разработать критерии лечебно-реабилитационных мероприятий для пациентов и улучшить качество их жизни, а также снизить риски суицидального поведения в обществе.

Список литературы

1. Кананович П. С., Бархатова А. Н. История и обзор ангедонии при эндогенных психических расстройствах. *Журнал неврол. и психиатрии им. С. С. Корсакова*, 2017, 117 (3): 96-101
2. Касимова Л. М., Светогор М. В. Ангедония в структуре аффективных расстройств: терапевтические возможности. *Журнал неврол. и психиатрии им. С. С. Корсакова*, 2019, 119 (11): 116-122
3. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. М.: Бином. Лаборатория знаний; 2004.
4. Крылов В. И. Ангедония при расстройствах аффективного и шизофренического спектра: психопатологические особенности, диагностическое и прогностическое значение. *Психиатрия и психофармакотерапия им. П. Б. Ганушкина*, 2014; 01.

5. Незнанов Н.Г., Иванов М. В. Негативные и позитивные расстройства при эндогенных психозах. Москва, «Медпресс-информ», 2021. - 320 с.
6. Рибо Т.А. Психология чувств. Пер. с франц. М.: Гольдсмит. СПБ.: Изд. Ф. Павленкова, 1898.
7. Снежневский А. В. Место клиники в исследованиях природы шизофрении. Журнал неврол. и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1975; 75 (9): 1340-1345.
8. Auerbach RP, Pisoni A, Bondy E, Kumar P, Stewatt JG, Yendiki A, Pizzagalli DA. Neuroanatomical Prediction of Anhedonia in Adolescents. *Neuropsychopharmacology*. 2017 Sep; 42 (10):2087-2095. doi:1038/npp.2017.28. Epub 2017 Feb 6. PMID:28165037; PMCID:PMC5561341
9. Barch DM, Pagliaccio D, Luking K. Mechanisms Underlying Motivational Deficits in Psychopathology: Similarities and Differences in Depression and Schizophrenia. *Curr Top Behav Neurosci.* 2016;27:411-49. doi:10/1007/7854_2015_376. PMID:26026289
10. Boehm I, Flohr L, Stading J, Halzapfel L, Seitz J, Roessner V, Ehrlich S. The Trajectory of Anhedonic and depressive Symptoms in Anorexia Nervosa: A Longitudinal and Gross-Sectional Approach. *Eur Eat Disord. Rev.* 2018 Jan; 26 (1): 69-74. doi: 10.1002/erv.2565 Epub 2017 Nov 23. PMID: 29168305
11. Corral-Frias NS, Nicoliva YS, Michalski LJ, Baranger DA, Hariri AR, Bogdan R. Stress-related anhedonia in associated with ventral striatum reactivity to reward and transdiagnostic psychiatric symptomology. *Psychol.Med.* 2015;45 (12):2605-17. doi:10.1017/S0033291715000525. Epub 2015 Apr 8. PMID: 25853627; PMCID: PMC4700837
12. Fortunati R, Ossela P, Camerlengo A, Bettini E, De Panfilis, Tonna M, Maggini C, Marchesi C. Anhedonia in schizophrenia: The role of Subjective experiences. *Compr psychiatry.* 2015 Oct, 62: 152-60. doi 10.1016/j.comppsych.2015.07.011 Epub 2015 Jul 21. PMID:2634380
13. Gabbay V, Bradley KA, Mao X, Ostrover R, Kang G, Shungu DC. Anterior cingulate cortex γ-aminobutyric acid deficits in youth with depression. *Transl Psychiatry.* 2017 Aug 22; 7 (8):e 1216. doi:10.1038/tp.2017.187. PMID: 28892070; PMCID:PMC5611750
14. Gadow KD, Garman HD. Social Anhedonia in children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder and psychiatry Referrals. *J. Clin Adolesc. Psychol.* 2020 Mar — Apr; 49 (2):239-250. doi:10.1080/15374416/2018.1514611. Epub 2018 Nov 9. PMID:30412420
15. Gruber J, Strauss GP, Dombrecht L, Mittal VA. Neurolepticfree youth at ultra-high risk for psychosis evidence diminished emotion reactivity that is predicted by depression and anxiety. *Schizophr Res.* 2018 Mar, 193: 428-434. doi:10.1016/j.schres.2017.08.013. Epub 2017 Aug 12. PMID:28811079
16. Liang N, Xue Z, Yu W, Yang X, Ma Y, Xu J, Sun Y, Shen Y, Li H, Lu J, Liu J. The mediating effect of the striatum-based connectivity on the association between high-sensitivity C-reactive protein and anhedonia in adolescent depression. *J Affect Disord.* 2025 Jan 23; S 0165-0327 (25) 00136-3. doi: 10.1016/j.jad.2025.01.116. Epub ahead of print
17. Mason TB, Smith KE, Anderson LM, Hazzard VM. Anhedonia, positive affect dysregulation, and risk and maintenance of binge — eating disorder. *Int J Eat Disord.* 2021 Mar; 54 (3):287-292. doi:10.1002/cat.23433. Epub 2020 Dec 9. PMID:33295671; PMCID: PMC8673784
18. Mamper EE, Finsaas MC, Goldstein BL, Gooding DC, Klein DN. Developmental antecedents of social anhedonia: The roles of early temperament and sex. *Dev Psychopathol.* 2021 Feb; 33 (1): 363-371. doi:10.1017/S0954579420000024. PMID:32375907
19. Murray SM, Brown CS, Kaye WH, Wierenga CE. Anhedonia in Eating Disorders. *Curr Top Behav Neurosci.* 2022; 58: 219-236. doi: 10/1007/7854_2021. PMID:34964934
20. Roberts-West L, Vivekananda U, Baxendale S. Anhedonia in epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2023 Mar; 140^ 108966: doi: 10.1016/j.yobeh.2022.108966. Epub 2022 Noy 25. PMID: 36443164
21. Ross EH, Kearney CA. Posttraumatic symptoms among maltreated youth using classification and regression tree analysis. *Child Abuse Negl.* 2017 Jul; 69:177-187. doi 10.1016/j.chab.2017.04.028. Epub 2017 May 5. PMID:28482250
22. Szczypinski JJ, Gola M. Dopamine dysregulation hypothesis: the common basis for motivational anhedonia in major depressive disorder and schizophrenia? *Rev Neurosci.* 2018 Sep 25; 29 (7):727-744. doi:10.1515/revneuro-2017-0091. PMID: 29573379
23. Taylor CT, Hoffman SN, Khan AJ. Anhedonia in Anxiety Disorders. *Curr Top Behav Neurosci.* 2022; 58: 201-218. doi:10.1007/7854_2022_319. PMID:35332460
24. Ward J, Lyall LM, Bethlehem RAI, Ferguson A, Strawbridge RJ, Lyall DM, Cullen B, Graham N, Johnston KJA, Bailey MES, Murray GK, Smith DJ. Novel genome-wide associations for anhedonia, genetic correlation with psychiatric disorders, and polygenic association with brain structure. *Transl Psychiatry.* 2019 Dec 4; 9 (1):327. doi:10.1038/S41398-019-0635-4. PMID:31797917; PMCID: PMC 6892870
25. Yang XH, Tian K, Wang DF, Wang Y, Cheung EFC, Xie GR, Chan RCK. Anhedonia correlates with abnormal functional connectivity of the superior temporal gyrus and the caudate nucleus in patients with first-episode drug-naïve major depressive disorder. *J Affect Disord.* 2017 Aug 15; 218: 284-290. doi:10.1016/j.jad.2017.04.053. Epub 2017 Apr 25
26. Zhou Y, Pat N, Neale Mc. Associations between resting State functional brain connectivity and childhood anhedonia: A reproduction and replication study. *Plos one.* 2023 May 4; 18 (5):e0277158. doi:10.1371/journal.pone.0277158. PMID: 37141274; PMCID: PMC10159190

Решетова Т.В.^{1,3}, Степанова А.Н.², Уллубиева Н.С.³

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА SELF-HARM НЕСУИЦИДАЛЬНОГО САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

ФГБОУ ВО СЗГМУ им И.И. Мечникова¹, Санкт-Петербург,
Всероссийский волонтерский проект психологической помощи населению
“МыРядом 2020”², Москва;
Всероссийский волонтерский проект психологической помощи населению
“МыРядом 2020”³, Санкт-Петербург

Аннотация. Подростки уязвимы и склонны к несуицидальному самоповреждающему поведению и суицидам в силу психологических особенностей подросткового возраста, влияния дистальных и проксимальных факторов. Дифференциальная диагностика позволит вовремя выявить риски, целенаправленно оказать помощь, что в свою очередь поможет спасти жизнь ребенка.

Ключевые слова: несуицидальное самоповреждающее поведение, self-harm, суицидальное поведение, подростки.

Reshetova T. V.^{1,3}, Stepanova A. N.², Ullubieva N. S.³

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF SELF-HARM AND SUICIDE IN ADOLESCENTS

FGBOU VO I. I. the Mechnikov SZGMU¹, St. Petersburg,
All-Russian volunteer project of psychological assistance to the population “We Near 2020”², Moscow;
All-Russian volunteer project of psychological assistance to the population “We Near 2020”³, St. Petersburg, Russia

Abstract. Adolescents are vulnerable and prone to selfharm suicide due to the psychological characteristics of adolescence and the influence of distal and proximal factors. Differential diagnosis will allow you to identify risks in a timely manner and provide targeted assistance that could help save children's lives.

Keywords: non-suicidal self-injurious behavior, self-harm, suicidal behavior, adolescents.

Актуальность проблемы. Одной из глобальных проблем в сфере демографии и здоровья населения признан подростковый суицид. Он является причиной по меньшей мере 100 000 смертей среди молодых людей в мире ежегодно (WHO, 2002) [3]. В подростковом возрасте есть целый спектр поведенческих реакций: несуицидальное самоповреждающее поведение (НССП, self-harm), парасуицид, суицидальные мысли, намерения, действия, попытки, совершенный суицид.

Суицид был отмечен как третья по значимости причина смертности среди возрастных групп 10-14 лет и 15-19 лет в США в 2000 году [3]. Наибольшее число суицидальных попыток за жизненный цикл приходится на подростковый возраст. На каждое подростковое самоубийство приходится приблизительно 100-200 суицидальных попыток [3]. В научной литературе распространённость НССП среди подростков оценивается в диапазоне от 7,5 до 46,5%. По данным зарубежных мета-анализов, среднее число подростков с опытом НССП 16,9-19,5% и имеет тенденцию к увеличению. В докладе уполномоченного по правам ребенка при Президенте РФ за 2023 год отмечалось отсутствие у специалистов системы профилактической работы компетенций по распознаванию признаков самоповреждающего и суицидального поведения несовершеннолетних, а также умений и навыков для работы с ним [10].

Исходя из существующей потребности, Министерством здравоохранения РФ в 2024 году впервые были приняты методические рекомендации «Суицидальное поведение несовершеннолетних (факторы риска, предикторы развития, диагностика)» [4]. В рекомендациях указывается, что более трети подростков с суицидальными мыслями совершают суицид в течение 1-2 лет после их возникновения. Также приводятся данные Росстата за 2023 г.: зарегистрировано 371 законченных суицидов на 100 тыс. населения соответствующего возраста. Однако, данные следственного комитета РФ по подростковым суицидам отличаются в гораздо большую сторону: за 2023г. зарегистрировано 678 законченных суицидов. Сведения за 2024 год на данный момент не опубликованы.

Существует взаимосвязь восприятия подростком социальной поддержки со стороны родителей, близких друзей и школы и частоты суицидальных мыслей и попыток самоубийства [4]. Сложное финансовое положение семьи, низкий уровень образования родителей связаны с высоким социальным давлением на подростков, депрессивными симптомами (коррелирующими с причинением себе вреда и мыслями о суициде) и низкой родительской поддержкой, а она связана с участием в травле, виктимизацией в результате травли, депрессивными симптомами, НССП и мыслями о суициде [8].

Очень сложно предугадать заранее, какие подростки предпримут попытку суицида, кто из молодых людей подвержен эффектам социального заражения несуицидальным самоповреждающим поведением, как прямого и преднамеренного разрушения тканей тела при отсутствии намерения умереть. Тем не менее имеются выявленные исследователями факторы риска для НССП и суицидального поведения. Левинсон, Роде и Силем (Lewinsohn, Ronde & Seeley, 1994) выделяют два важных аспекта:

1. Проксимальные внешние факторы в сочетании с одним или более дистальными факторами анамнеза – это то, что повышает риск суицида.

2. Прошлое суицидальное поведение – более серьезный предиктор будущего суицидального поведения, чем проксимальные факторы риска [3].

К дистальным факторам риска как к предикторам суицидального поведения у подростков относятся: предыдущее суицидальное поведение (Gould, Greenberg, Velting, & Shaffer, 2003; Shafii, Carrigan, Whittinghill & Derrick, 1985), клинически выраженные депрессия и тревога, злоупотребление психоактивными веществами, импульсивное, деструктивное и антисоциальное поведение, ПРЛ, коморбидность (частота летального исхода увеличивается со степенью коморбидности), деструктивный семейный контекст, социально-экономический статус (с меньшей вероятностью) и проксимальные факторы: стрессовые события в жизни, сексуальное и физическое насилие в детстве, трудности в учебе, функциональные нарушения после физической болезни и травмы, суицид в социальном окружении, доступность способов совершения самоубийства [3].

Е. Шир и другие отмечают, что к 11-14 годам ребенок приближается к пониманию концепции смерти, похожей на концепцию смерти взрослого. Желания смерти нет, представление о ней крайне неотчетливо, инфантильно, присуща недостаточно адекватная оценка последствий своих действий [1, 2].

Одно сходное обстоятельство (фактор) обнаруживается во всех исследованиях подростков: выраженные нарушенные эмоциональные взаимодействия с семьей, в частности, отношения с матерью. Ковпак Д. В. и Третьяк Л. Л. указывают, что нередко, как бы подросток не был ориентирован на ценности своей возрастной группы, острота его переживаний становится несовместимой с жизнью, если он отвергнут в родной семье [2]. Е. М. Вроно отмечает, что подросток часто переживает проблемы трех «Н»: непреодолимость трудностей, нескончаемость несчастья, непереносимость тоски и одиночества. При этом он должен бороться с тремя «Б»: беспомощностью, бессилием, безнадежностью [5].

Эгоцентризм подростка, аутоаггрессивное поведение, пессимистическая установка (страх и тревога по отношению к будущему), не до конца сформированные (или слабо сформированные) жизненные цели, ценности, установки и недостаток жизненного опыта могут влиять на проявление суицидального поведения у подростков [6]. Нередки случаи, когда НСС и суицидальное поведение подростков вызывается гневом, протестом, злобой или желанием наказать себя и других. В подростковом возрасте возникает повышенная склонность к самоанализу, пессимистической оценке окружающего и своей личности.

Подросток принимает мысль о своей смерти, но, преодолевая возникшую тревогу, отрицает реальность этой возможности. Ряд авторов считают, что психологический смысл подросткового суицида – это «крик о помощи»,

или «протест, месть», стремление привлечь внимание к своему страданию. Некоторым подросткам смерть представляется как желательный длительный сон, отдых от невзгод, способ попасть в иной мир, также она видится средством наказать обидчиков [5].

Кроме того, именно у подростков суицидальное поведение может быть подражательным, так как они копируют образцы поведения, которые видят вокруг себя (телевидение, интернет, подростковые субкультуры). Поэтому подросткам свойственны групповые суицидальные попытки. Сильные переживания вызывают у детей и подростков самоубийство брата или сестры (родители настолько поглощены горем, что не замечают других своих детей, которые тоже страдают и в целях привлечения внимания родителей могут повторить суицидальный поступок близких).

Суицидальное поведение для части подростков – это «творческое» приспособление к страданию, попытка уменьшить душевную боль, наказание, ощущение себя способным делать то, что другие не делают.

Сложностью при анализе причин, факторов, особенностей проявления было частое выявление сходства, что затруднило бы диагностику, в связи с этим в таблице 1 были выделены наиболее ощутимые различия и смешения в проявлении НССП Self Harm и суицидального поведения у подростков.

В ходе анализа литературы авторы столкнулись с множеством сходства и отличий между самоповреждающим несуицидальным поведением и суицидальным поведением, так как предиктором суицидальной попытки может быть и несуицидальное самоповреждающее поведение, при этом подросток не имеет намерения лишить себя жизни. Самоповреждение (self-harm), которое включает преднамеренное самоотравление/передозировку, является серьезной проблемой во многих странах и тесно связано с суицидом. Поэтому важно разрабатывать эффективные методы лечения для пациентов с self-harm [9].

Помимо фармакологической поддержки важно параллельное обращение к психотерапевту и групповая психотерапия. Есть направления, которые специализируются по работе с суицидальным поведением и НССП. В первую очередь это DBT (диалектико-поведенческая терапия М. Линехан), КПТ, ОРКТ, EMDR, схема-терапия, психоанализ, гештальт-подход.

Заключение. Подростковый возраст черно-белого мышления, импульсивности и впечатлительности даже в норме – трудный период становления личности. Подростковая психология и психотерапия – до сих пор «ничья земля», потому что помогать им сложно как специалисту по психопатологии взрослых. Дети и подростки спасаются сами, пробуя кто self-harm, кто алкоголь, чтобы заглушить психалгию. Общеизвестно, что боль физическая уменьшает боль душевную. И если освоено любое несуицидальное саморазрушительное поведение (рискованный образ жизни – секс, развлечения, self-harm

и т.п.) – это намеренно или по неосторожности может привести к летальному исходу. Сложность в дифференциальной диагностике в том, что подростки под наркозом Гарри Поттера («Для продвинутого человека смерть – не более чем интересное приключение»), не понимают рисков суициального поведения или боятся обратиться за помощью к взрослым. Обойти это можно с помощью мотивации к психодиагностике для выявления способностей подростка

Дифференцирование диагностики по проявлению

Таблица 1

Критерии	НССП self-harm	Суицидальное поведение
Авитальные (направленные на разрушение/ уничтожение себя) переживания	-	+
Подготовка к действиям, направленным на причинение себе вреда	-	+
Привлечь внимание к себе (зов о помощи)	-	+
Уменьшить боль, наказание/наслаждение	+	-
Творческое приспособление к страданию	-	+
Чувство вины за совершенное	+	-
Амбивалентность переживаний («делать или не делать»)	-	+
Пресуицид / попытки ранее лишить себя жизни	-	+
Суицидальные идеации (мысли)	-	+
Прекращение сознания	-	+
Полное выключение сознания	частичное	полное
Беспомощность - безнадежность «Я ничего не могу сделать» (кроме совершения самоубийства) и «никто не может мне помочь» (облегчить боль)	-	+
Попытка вернуть себе контроль над эмоциями	+	-
Увекчья с большей вероятностью ведущие к смерти	-	+
Внешняя локализация повреждений заметна	+/-	-
Почувствовать себя способным сделать то, что другие не делают (лишить себя жизни)	-	+
Наличие диагнозов (ПРЛ, ОКР, депрессия и т.д.)	+	+
Направление к психиатру	+/-	+
Показано лечение в стационаре	+/-	+
Дистальные (перечень см. выше) факторы риска	-	+
Психотические состояния	-	+

(а психопатологию специалист, разумеется, при этом диагностирует тоже). Важно не только выявить несуицидальное самоповреждающее поведение у подростков, но и своевременно помочь, не дать перейти в суицидальное поведение для профилактики психопатологии и предотвращению суицидов среди молодежи.

Список литературы

1. Амбрумова А. Г., Жезлова Л. Я. Методические рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте / А. Г. Амбрумова, Л. Я. Жезлова. М.: И Тип. Мин. здравоохранения, 1978 г. 36 с.
2. Ковпак Д. В., Третьяк Л. П. Депрессия. Диагностика. Лечение. СПб.: Наука и Техника, 2019. 528 С.
3. Миллер Алек Л., Ратхус Джилл, Линехан Марша М. Диалектическая поведенческая терапия подростков с суицидальными наклонностями. М.: Научный мир, 2024. 448с.
4. Суицидальное поведение несовершеннолетних (факторы риска, предикторы развития, диагностика): Методические рекомендации/ Р. В. Ахапкин, Е. Г. Дозорцева, Е. Б. Любов, Г. С. Банников, К. Л. Кесян, К. А. Чистопольская. М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, 2024. 38 с.
5. Что нужно знать родителям о подростковых суицидах? / под. ред. Вихристюк О. В. М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2015. 77 с.
6. Эрдынеева К. Г. Суицидальное поведение: сущность, факторы и причины (кросскультурный анализ) учебное пособие / К. Г. Эрдынеева, В. П. Филиппова. М.: Академия естествознания, 2011. 147 с.
7. Miller A. B., Esposito-Smythers C., Leichtweis R. N. Role of social support in adolescent suicidal ideation and suicide attempts //Journal of Adolescent health. 2015. T. 56. №. 3. С. 286-292.
8. Stea T. H. et al. Are social pressure, bullying and low social support associated with depressive symptoms, self-harm and self-directed violence among adolescents? A cross-sectional study using a structural equation modeling approach //BMC psychiatry. 2024. T. 24. №. 1. С. 239.
9. <https://PMC.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8094399/#Abstract2> (дата обращения 13.02.2025)
10. <https://deti.gov.ru/uploads/magic/ru-RU/Document-0-306-src-1717497135.5379.pdf> (дата обращения 14.02.2025)

Розанов В.А.

ПОЧЕМУ ПОДРОСТКИ НЕ ХОТЯТ ЖИТЬ? ЭВОЛЮЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ПОДРОСТКОВОГО СУИЦИДА

ФГЮОСанкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Аннотация. В нарративном обзоре обсуждается проблема подросткового суицида с точки зрения эволюционной психологии и психиатрии и предлагается модель, объясняющая глобальный рост самоубийств среди самых молодых поколений. Суицид представляет собой эволюционную загадку, однако если признать главенствующую роль быстро изменяющейся среды и информационного (цифрового) стресса, то при участии эпигенетических механизмов можно лучше понять наблюдаемую динамику. С точки зрения превенции необходимы системные меры управления информационным стрессом подростков.

Ключевые слова: подростки, суициды, эволюционный подход, эпигенетические механизмы.

Rozanov V.A.

WHY ADOLESCENTS DO NOT WANT TO LIVE? AN EVOLUTIONARY APPROACH TO YOUTH SUICIDES

St.-Petersburg State University, St Petersburg, Russia

Abstract. This narrative review discusses adolescents' suicides from the perspective of evolutionary psychology and psychiatry and proposes a model to explain the global increase of suicides among the youngest generations. Suicide is an evolutionary enigma, but if considering the prevailing role of rapidly changing environments and influence of the information (digital) stress with involvement of epigenetic mechanisms, the dynamics can be understood better. For the sake of prevention systemic interventions aimed at adolescent information stress management are needed.

Keywords: adolescents, suicides, evolutionary perspective, epigenetic mechanisms.

Данные последних лет, поступающие из самых разных регионов земного шара, свидетельствуют о том, что суициды среди самых молодых растут практически везде. Так, в западном мире рост начался еще в 60-х годах прошлого столетия, в 80-90-х годах в результате активного внедрения мер превенции он несколько затормозился, однако затем опять существенно усилился [17]. Существуют большие различия между странами, но при усреднении индексов на уровне статистики ВОЗ рост подтверждается, особенно среди девушек [10]. Наиболее драматично выглядит ситуация в США, где отмечается рост на десятки процентов за последние 10-15 лет [20]. В России начиная с начала 2000-х годов суициды среди подростков и молодежи снижались, однако в последние 5-7 лет снижение практически остановилось, а среди женщин

наметился рост [5]. Рост завершенных суицидов совпадает с наблюдаемым ухудшением психического здоровья (дистресс, симптомы депрессии, суицидальные мысли и попытки) у каждого нового поколения молодежи [19].

Эти тенденции нуждаются в рациональном объяснении. Наряду с множеством теорий, взглядов и представлений, нам представляется целесообразным посмотреть на эту проблему с точки зрения эволюционной психологии и эволюционной психиатрии. Эволюционная психология пытается научно обосновать идею о том, что разум, сознание и поведение являются продуктом эволюции и сформировались путем естественного отбора [15], в то время как эволюционная психиатрия, рассматривая черты, эмоции и поведение ставит задачи понять, каким образом они превращаются в «психиатрические симптомы» и не являются ли они адаптациями к необычным условиям среды [14].

В контексте эволюционного подхода можно обращать внимание на очень длительные исторические периоды (десятки тысяч лет, например, выход анатомически современного человека из Африки), и более короткие, например, история современного человечества (2-3 тыс. лет), научно-промышленная эпоха (120-150 лет) и информационная эпоха (последние 20-30 лет). Впереди – эпоха искусственного интеллекта, которая обещает еще один виток технологического и информационного развития. Фактически мы наблюдаем явление, которое характеризуется как «сжатие времени», когда внедрение технологических новшеств происходит не в течение нескольких поколений, а наоборот – в течение одного поколения внедряется большое количество новшеств в ускоряющемся темпе [1]. При этом больше всего страдает культура и нарушаются взаимосвязи между поколениями, поскольку старшие поколения теряют свою экспертную функцию.

Эволюционная психология считает, что человеческие когнитивные способности, эмоции, восприятие явлений окружающей жизни и механизмы принятия решений являются результатом действия психологических механизмов, которые длительно эволюционировали для решения повторяющихся адаптивных задач, связанных с выживанием и воспроизведением [8]. Эти психологические механизмы идеально откалиброваны для той среды, в которой эволюционировали люди в течение сотен тысяч лет. Основные сложности адаптационного характера возникают тогда, когда консервативные нейрональные механизмы, определяющие основные параметры когниций, эмоций и поведения не поспеваю за слишком быстрыми изменениями среды. Это явление характеризуется как эволюционное несоответствие – ключевой элемент рассуждений в системе координат эволюционной психологии [22], необходимый и для нашего анализа.

Суицид неоднократно пытались понять с позиций классической эволюционной теории (по Дарвину). Эти попытки связаны с признанием того, что

склонность к суициду частично зависит от генотипа. Действительно, согласно подсчетам с позиций психогенетики, в основном с использованием близнецового метода, около 40-45% риска суицида связано с влиянием генов [21]. Однако оценки наследуемости по результатам выявления геномных маркеров (показатель SNP-наследуемости) обычно гораздо ниже – порядка 3-5% [3]. Таким образом, вклад генов в суицидальное поведение не вполне определен. Более того, с точки зрения дарвиновского геноцентрического подхода суицид – это эволюционная загадка [7]. Действительно, если гены, подталкивающие к суицидальности, элиминируются из популяции на ранней стадии, еще до появления потомства, то как можно объяснить рост суицидов у следующих поколений? Однако все меняется, если посмотреть на эту ситуацию с позиций т.н. «расширенного эволюционного синтеза» [12].

Эта теория, в отличие от геноцентрического подхода, обращает внимание на такие моменты, как возникновение вариаций в процессе развития, на то, как окружающая среда формирует признаки организмов за счет пластичности, как организмы изменяют окружающую среду, создавая экологические ниши для своего существования, и как они передают из поколения в поколение нечто большее, чем гены (внегенетическое наследование) [12]. Последнее представляется особенно важным в свете данных об эпигенетических механизмах и о возможности трансгенерационной передачи фенотипов, в том числе поведенческих, связанных со стресс-реагированием и психическим здоровьем [11]. В рамках этих представлений среда намного важнее, чем генотип, ее вклад намного больше, а эпигеном выступает как посредник между изменяющейся средой и геномом [16].

Современные представления о суициде связаны с признанием центральной роли стресса. Суицид более вероятен, когда различные психологические и социальные фрустрирующие обстоятельства (число которых в подростковом возрасте резко возрастает по сравнению с детством) попадают на подготовленную почву в виде стресс-уязвимости, или стресс-диатеза [13]. При этом данные исследований говорят о том, что стресс, перенесенный родителями, способен передаваться следующим поколениям в виде измененной реактивности систем стресс-реагирования (эпигенетическое программирование), что приводит к различным дисбалансам в развивающемся мозге [6]. Эпигеномные маркеры при суицидальности в основном связаны с генами, участвующими в процессе развития мозговых структур [2], а данные нейровизуализации все чаще выявляют морфологические изменения в сером и белом веществе подростков, совершающих попытки или покончивших с собой [9]. Все это подчеркивает роль процессов развития, пластичности и структурных изменений и заставляет по-новому оценить причины глобального роста подростковых суицидов.

Мы также считаем необходимым обратить внимание на такое обстоятельство. Большинство современных теорий суицида обсуждают, почему тот или иной индивид хочет умереть. На этом, в частности, построены концепция Джойнера, обсуждающая межличностные аспекты (ощущение себя в качестве бремени для других, одиночество, потеря принадлежности, сниженный поведенческий порог самоповреждающего поведения), а также модель ОКоннора, которая включает в том числе волевой компонент, а также некоторые другие модели. В то же время, когда речь идет о подростках, есть много оснований считать, что их мотивы иные. Они не столько хотят умереть, сколько не хотят жить. Очевидно, что это – разные мотивы, разные внутренние побуждения. Понятие «умереть» для подростков еще не вполне сформировалось, в то время как мысль «зачем мне такая жизнь?» им, вероятно, более понятна. Скорее всего она связана с ощущением недовольства своей жизнью, внутреннего ощущения несчастья, страдания, своей несостоятельности, неполноценности, неспособности справиться с негативными переживаниями, мыслями и ощущениями. Есть много оснований полагать, что эти ощущения индуцируются общением в социальных сетях.

Конечно, самоубийства среди подростков были известны во все времена. Гиппократ (460-370 гг. до н. э.) упоминал об этом в контексте «истерии у девственниц», утверждая, что «...девушки пытаются удушить себя из-за давления на сердце; их воля, смятенная и измученная из-за плохого состояния крови, притягивает к себе зло». Плутарх (II в. н. э.) приводит рассказ о «молодых женщинах из Милета», которые «были поражены ужасной и неразумной болезнью неясного происхождения... ибо внезапно все они были охвачены желанием совершить самоубийство, и многим удалось покончить с собой, пока их не удалось остановить». Детские самоубийства вызывали немало тревог в России еще в конце XIX – начале XX веков. Уже тогда были сформулированы основные причины этих самоубийств: семья, школа и социально-экономические проблемы [4].

Все это есть и сегодня, но на современном этапе многое усугубилось в связи с невероятной интенсивностью информационной нагрузки, которая сегодня приходится на подростка. Разработанная нами модель, объясняющая рост суицидов среди молодежи (рис. 1) учитывает быстрые перемены в окружающей среде, такие как «сжатие времени», кризис семьи (известно, что велика доля разводов и все больше детей воспитывается в неполных семьях) и информационное давление. Некоторые авторы для описания постоянного пребывания онлайн вводят понятие «цифровой стресс» и напрямую увязывают его с развитием депрессивных симптомов и аутоагрессивного поведения [18]. Более того, те в России, кому сегодня 13-15 лет, являются детьми поколения, чье становление было связано с тяжелыми стрессами 90-х годов прошлого столетия.

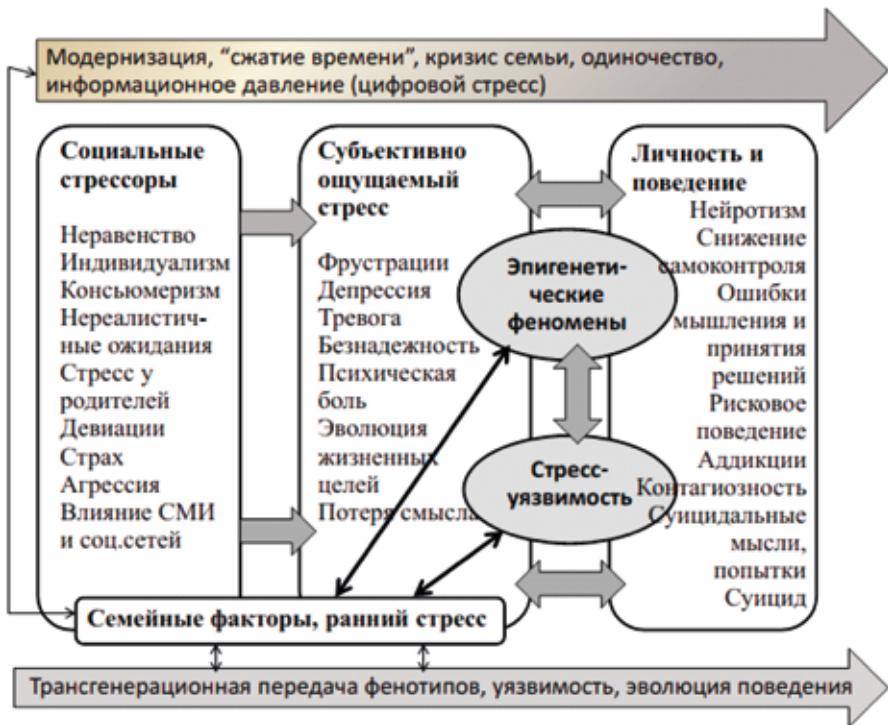


Рис. 1. Эволюционно-психологическая модель, объясняющая быстрый рост суицидального поведения среди подростков в последние десятилетия

В нашей схеме учитываются такие факторы, как субъективно ощущаемый стресс, который усиливается под влиянием социальных стрессоров и влечет за собой негативную эмоциональность, нарушения исполнительных функций, ошибки мышления, рисковое и самоповреждающее поведение и суицидальные мысли. Рост этих проявлений может быть связан с накоплением стресс-уязвимости и трансгенерационной передачей стресс-реагирования, в том числе, в связи с нарастающим «цифровым стрессом». Взаимодействие нейробиологических механизмов стресс-уязвимости с современными стрессорами, усиленными интернет-потоками, предполагает рациональное объяснение наблюдаемым тенденциям подростковых суицидов с позиций эволюции поведения.

Исходя из представлений об эволюционном несоответствии, можно высказать предположение, что когнитивные возможности и эмоционально-поведенческие ответы в процессе развития, стратегически ориентиро-

ванные на постепенное овладение информацией ребенком и подростком, ее «переваривание» и осмысление, вступают в дисбаланс с интенсивностью, постоянством и бессмыслицей этих потоков. В то же время, эффекты информационно-коммуникационных технологий могут быть двоякими – и повреждающими, и позволяющими ускоренно развиваться, все зависит от того, как и с какой целью подросток использует сеть. С точки зрения ускоренной эволюции эпигенетика дает наиболее вероятные объяснения и быстрых массовых изменений психического здоровья и самоповреждающего поведения среди тех, кто не способен адаптироваться с одной стороны, и ускоренного развития с повышенной адаптивностью среди тех, кто легко осваивает информационные потоки, с другой. Вероятно, в общем распределении растет доля и тех и других. Степень фruстрации, ощущения своей неполноценности, депрессивных симптомов и кажущегося беспросветного существования среди тех, кто оказывается один на один с сетевыми потоками чужой благополучной жизни, да еще и подвергаясь порой насмешкам и «троллингу», очевидно становится выше того порога, который может вынести подросток. Девушки, судя по всему, более чувствительны к этому, поскольку суициды среди них растут быстрее, чем среди юношей.

Теория расширенного эволюционного синтеза постулирует, что организмы конструируются в процессе развития, а не просто «запрограммированы» на развитие генами. Живые существа эволюционируют не для того, чтобы вписаться в уже существующую среду, а для того, чтобы создавать среду и эволюционировать вместе со своей средой, изменяя при этом структуру экосистем. Для современного человека – это информационная система, изменения в которой, производимые самим человеком, грандиозны, и обещают дальнейшее усложнение. Перед детской психиатрией и подростковой психологией, а также перед педагогикой и обществом в целом стоят сложные задачи создания таких условий, при которых освоение подростками цифрового мира проходило бы дозированно, после достижения возраста осмысливости и психологической устойчивости, при значительном преобладании деятельности направленности над развлекательной и стрессовой, ориентированной на социальные сети. Подросток должен хотеть жить и видеть свое будущее, осваивая все виды деятельности и современную окружающую среду, и помочь ему в этом должны все – и семья, и школа, и общество, и социально-психологическая система помощи, и система здравоохранения.

Список литературы

1. Капица С.П. *Об ускорении исторического времени. Новая и Новейшая История. 2004; 6. <http://vivovoco.astronet.ru/VV/JOURNAL/NEWHIST/KAPTIME.HTM> (дата обращения – 25.01.2025)*

2. Мустафин Р.Н., Казанцева А.В., Еникеева Р.Ф., Давыдова Ю.Д., Малых С.Б., Викторов В.В., Хуснутдинова Э.К. Эпигенетика суицидального поведения // Вавиловский журнал генетики и селекции. 2019. Т.23(5). С. 600-607. doi: 10.18699/VJ19.531
3. Розанов В.А., Мазо Г.Э. Использование стратегии полногеномного поиска ассоциаций (GWAS) для идентификации генетических маркеров суицидального поведения: описательный обзор литературы // Consortium Psychiatricum. 2024. Т.5(2). С.63-77. doi: 10.17816/CP15495
4. Синова И.В. Современный взгляд на детские суициды в Российской империи второй половины XIX – начала XX веков // Суицидология. 2014. Т. 5(1). С.63-71.
5. Смертность от самоубийств. Федстам. <https://fedstat.ru/indicator/58547#> (дата обращения – 25.01.2025)
6. Ambeskovic M., Babenko O., Ilnytskyy Y. et al. Ancestral Stress Alters Lifetime Mental Health Trajectories and Cortical Neuromorphology via Epigenetic Regulation // Sci Rep. 2019. V. 9. P.6389. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-42691-z>
7. Aubin H.J., Berlin I., Kornreich C. The evolutionary puzzle of suicide // Int J Environ Res Public Health. 2013. V.10(12). P. 6873-6886. doi: 10.3390/ijerph10126873.
8. Buss D. Evolutionary psychology: The new science of the mind. Psychology Press. 2015.
9. Gifuni A.J., Chakravarty M.M., Lepage M., et al. Brain cortical and subcortical morphology in adolescents with depression and a history of suicide attempt. J Psychiatry Neurosci // 2021. V.46(3). P.E347-E357. doi: 10.1503/jpn.200198.
10. Kolves K, de Leo D. Suicide methods in children and adolescents // European Child and Adolescent Psychiatry. 2017. V.26(2). P.155–164. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-016-0865-y>.
11. Lacal I., Ventura R. Epigenetic Inheritance: Concepts, Mechanisms and Perspectives // Front. Mol. Neurosci. 2018. V.11. P. 292. doi: 10.3389/fnmol.2018.00292.
12. Laland, K., Uller, T., Feldman, M. et al. Does evolutionary theory need a rethink? // Nature. 2014. V. 514. P. 161–164. <https://doi.org/10.1038/514161a>
13. Ludwig B., Roy B., Wang Q., et al. The Life Span Model of Suicide and Its Neurobiological Foundation // Front. Neurosci. 2017. V. 11. P. 74. doi: 10.3389/fnins.2017.00074
14. Nesse R. M. Evolutionary psychiatry: foundations, progress and challenges // World Psychiatry. 2023. V.22(2). P. 177-202. doi: 10.1002/wps.21072.
15. Roberts S. C., van Vugt M., Dunbar R. I. Evolutionary psychology in the modern world: applications, perspectives, and strategies // Evol Psychol. 2012. V.10(5). P. 762-769. doi: 10.1177/147470491201000501.
16. Rozanov V.A. Stress, Epigenetics and Suicide. Academic Press, 2017. 226 p.
17. Schiavone S., Trabace I., Curtis L. Suicidal Behaviour in Young Adults: A Literature Overview on Neurobiological, Epidemiological and Psychosocial Aspects // J Psych Behav Sci. 2016. V.2(I). P. 012.
18. Steele R. G., Hall J. A., Christofferson J. L. Conceptualizing Digital Stress in Adolescents and Young Adults: Toward the Development of an Empirically Based Model // Clin Child Fam Psychol Rev. 2020. V.23(1). P. 15-26. doi: 10.1007/s10567-019-00300-5.
19. Twenge J. M., Cooper A. B., Joiner T. E. et al. Age, period, and cohort trends in mood disorder indicators and suicide-related outcomes in a nationally representative dataset, 2005-2017 // J Abnorm Psychol. 2019. V. 128(3). P. 185-199. doi: 10.1037/abn0000410.
20. Vargas-Medrano J., Diaz-Pacheco V., Castaneda C., et al. Psychological and neurobiological aspects of suicide in adolescents: Current outlooks // Brain Behav Immun Health. 2020. V.7. P. 100124. doi: 10.1016/j.bbih.2020.100124.
21. Voracek M., Loibl L. M. Genetics of suicide: a systematic review of twin studies // Wien Klin Wochenschr. 2007. V. 119(15-16). P. 463-75. doi: 10.1007/s00508-007-0823-2.
22. van Vugt M., de Vries L. P., Li N. P. The evolutionary mismatch hypothesis: Implications for applied social psychology. In J. P. Forgas, W. D. Crano, K. Fiedler (Eds.). Applications of social psychology: How social psychology can contribute to the solution of real-world problems, Routledge/Taylor & Francis Group, 2020. pp. 40–57. <https://doi.org/10.4324/9780367816407-3>

Романов А.М.

СОВРЕМЕННЫЕ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ У ПОДРОСТКОВ, ПУТИ РЕШЕНИЯ

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С. С. Мнухина, Санкт-Петербург

Аннотация: в статье рассматриваются причины современных суицидальных тенденций у несовершеннолетних. Приведены пути решения данной проблемы.

Ключевые слова: самоповреждения, суицид, детский телефон доверия

Romanov A. M.

MODERN SUICIDAL TENDENCIES IN ADOLESCENTS, SOLUTIONS

Rehabilitation Center "Child Psychiatry" n.a. S. S. Mnukhin, St Petersburg, Russia

Abstract: the article examines the causes of modern suicidal tendencies among minors. The ways of solving this problem are given.

Keywords: self-harm, suicide, children's helpline

Современное общество предъявляет крайне высокие требования как к родителям, так и несовершеннолетним, обусловленные экономическими сложностями, возрастающей конкуренцией (например, поступление в ВУЗ, колледж), противоречивой и тревожной информацией в СМИ. Раньше были свои сложности и стрессы, но дети и подростки прошлых поколений оказывались лучше подготовленными к возникающим проблемам. Современная молодежь часто либо оказывается предоставленной сама себе, либо чрезмерно опекается родителями, из-за чего ею острее и болезненней воспринимаются различные жизненные потрясения.

Наряду с этим, информация в сети интернет и в различных мессенджерах широко разрекламировала среди молодых людей различные деструктивные модели поведения, включая самоповреждения и самоубийства.

Феномен самоповреждения существует достаточно давно, но ранее это была закрытая информация, недоступная широкому кругу детей и подростков. Сейчас же получить доступ к этому легко может любой ребенок, «бродя по просторам интернета» в своем телефоне. И, к сожалению, в силу незрелости психики, наличия проблем и жизненных трудностей, молодой человек может использовать подобные деструктивные способы поведения. Такая же ситуация складывается и с суицидом. Доступная информация о нем, подаваемая к тому же с «легким налетом романтизма», может привести к непоправимому. Наряду с этим, в некоторых интернет-ресурсах существуют различные сообщества, чат-боты, пропагандирующие самоубийство и способствующие его реализации. Безусловно, правоохранительная система с этим борется, но они вновь появляются достаточно быстро.

Что же делать в этой ситуации и как помочь и уберечь ребенка или подростка от непоправимого?

Здесь важен многосторонний подход, направленный на помочь несовершеннолетнему.

В ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина существует возможность получения помощи в кризисных и суицидоопасных ситуациях. Этую помочь можно получить как очно, так и дистанционно, обратившись на Детский телефон доверия (576-10-10, 8-800-2000-122).

Если обращение за очной помощью в психиатрические структуры до сих пор пугает многих (причем эти страхи зачастую не обоснованы), то звонок на телефон доверия менее страшен для пациентов и их родителей. При этом даже по телефону подготовленный специалист (клинический психолог) может качественно оценить ситуацию, обсудить риски и способы их минимизации, имеющиеся страхи и опасения обращения за очной помощью. На телефоне доверия работают медицинские психологи с многосторонним консультативным опытом, которые помогают в возникших кризисных ситуациях. Телефон работает круглосуточно, без праздников и выходных.

Наряду с этим, важную роль играют учителя, которые имеют возможность гораздо чаще и более длительно общаться с несовершеннолетними. Поэтому в случае возникших опасений они могут помочь как самому ребенку или подростку, так и их родителям.

И наконец, очень важной составляющей в такой работе являются сами родители, которые могут или сами помочь ребенку, или обратиться к специалистам.

К сожалению, родители и педагоги недостаточно ориентированы в суицидальной проблеме. А поскольку эта тема пугает, о ней часто стараются и не говорить, и не замечать. Это один из способов защиты от психотравмирующей информации – вытеснение, когда подсознательно не замечается то, что крайне неприятно и пугает.

В связи с этим крайне актуальным и важным является проведение образовательных лекций для педагогов и родителей, посвященных этой острой и актуальной проблеме. В этих лекциях тщательно анализируются как причины возникновения, описываются характерные поведенческие сигналы, алгоритм помощи, так и причины, мешающие видеть проблему.

Наряду с работой со взрослыми, необходимы занятия с самими несовершеннолетними. Акцент ставится на сложностях и жизненных проблемах, которые у них возникают, и способах их разрешения. Если в конкретной группе речь зайдет о суициде, важно обсудить эту тему, поскольку открытое обсуждение, возможность высказаться, проговорить свои переживания, осветить проблемы, получить ответы на вопросы, на которые у подростка пока нет ответов, значительно снижает суицидальные риски.

Романовская М.В.¹, Фесенко Ю.А.^{1,2}, Добряков И.В.³

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ НАРУШЕНИИ ВЛЕЧЕНИЯ САМОСОХРАНЕНИЯ

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия им. С. С. Мнухина»¹;
ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский
университет» МЗ РФ²;
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и неврологии им. В. М. Бехтерева» МЗ РФ³, Санкт-Петербург

Аннотация. Статья посвящена рассмотрению вопроса о нарушениях влечений, в частности, влечения самосохранения. Рассмотрены основные особенности агрессивного и аутоагрессивного поведения и их проявления при неадекватности влечения самосохранения. Описаны наиболее часто встречающиеся несуицидальные самоповреждающие действия или селф-харм, их причины и механизмы развития. Авторами приводятся достоверные современные статистические данные по суициdalной тематике, что подтверждает актуальность рассматриваемой в работе проблемы.

Ключевые слова: влечения, агрессия, аутоагрессивное поведение, самоповреждения.

Romanovskaya M. V.¹, Fesenko Yu.A.^{1,2}, Dobryakov I. V.³

PATHOLOGICAL MANIFESTATIONS IN VIOLATION OF THE INSTINCT OF SELF-PRESERVATION

Rehabilitation Center «Child Psychiatry» named S. S. Mnukhin¹;
St. Petersburg State Pediatric Medical University²;
Federal State Budgetary Institution “V.M. Bekhterev National Medical Research Center
of Psychiatry and Neurology”³, St Petersburg, Russia

Abstract. The article is devoted to the consideration of the issue of violations of instincts, in particular, the instinct of self-preservation. The main features of aggressive and autoaggressive behavior and their manifestations in case of inadequacy of the drive for self-preservation are considered. The most common non-suicidal self-harm actions or self-harm, their causes and mechanisms of development are described. The authors provide reliable up-to-date statistical data on suicidal topics, which confirms the relevance of the problem considered in the work.

Keywords: cravings, aggression, autoaggressive behavior, self-harm.

Влечение самосохранения – комплекс возникающих независимо от сознания субъективных переживаний, связанных с необходимостью удовлетворения потребности в безопасности путем обеспечения поддержания жизни, физического выживания, успешного противостояния угрозе нарушения телесных и душевных границ (своей автономии).

Важными проявлением влечения самосохранения является агрессивное поведение, в основе которого лежит оборонительный инстинкт. Оно явно или скрытно способствует, или противодействует чему-либо физически и вербально.

Проявления агрессии у человека, как правило, являются осознанными, хотя глубинного понимания ее причин у него может не быть. Поэтому ее последствия нередко могут быть непредвиденными, неожиданными, и даже противоречащими планам агрессора. Объясняя свое агрессивное поведение, он, как правило, стремится его оправдать, при этом нередко сознательно лукавит, но иногда искренне уверен в своей правоте [2].

При сбалансированном и качественно адекватном влечении самосохранения, оценка себя, окружающей действительности и своего места в ней оптимальна. Жизненную позицию таких людей Т. Е. Harris сформулировал как «я – о’кей, ты – о’кей» [7]. При этой позиции у человека, несмотря на осознание неизбежности смерти, на переживание базальной тревоги, не отмечается напряжения влечения самосохранения. Такой человек проявляет терпимость к взглядам, нравам, привычкам, обычаям других людей, то есть является толерантным.

Этого не происходит, если особенности влечения самосохранения неадекватны. Стремление к нанесению вреда, физических повреждений отдельному лицу, группе лиц или всему окружающему называется *гетероагрессией* (греч.: heteros – другой; лат.: aggressio – нападение). *Аутоагрессия* (греч.: autos – сам; лат.: aggressio – нападение) проявляется стремлением к нанесению себе вреда, физических повреждений, вплоть до создающих угрозу здоровью и жизни.

Таким образом, аутоагрессия – важный признак снижения влечения самосохранения, проявляющийся стремлением совершать действия, направленные на причинение себе вреда. Ее проявления отличаются разнообразием аутоагрессивных действий: от самоуничтожения и самообвинения до нанесения себе повреждений, причинения боли, и, в крайних случаях, суицидных действий.

Как правило, аутоагрессия является поведенческим паттерном влечения самосохранения у лиц с низкой самооценкой и с высокой базальной тревогой и отражает их жизненную позицию «я – не о’кей, ты – о’кей» [7]. Для них типичен отказ от активной жизнедеятельности, долга, нежелание пытаться решать личностные и социальные проблемы [1]. Их аутоагрессивные действия сознательно или неосознанно направлены на причинение себе вреда в физической, психической, социальной или духовной областях.

В последние десятилетия отмечается отчетливая тенденция к нарастанию частоты депрессий у подростков, особенно у девочек. К особенностям наблюдаемых у современных подростков аутоагрессивных и суицидальных

проявлений относятся более раннее начало, увеличение доли средней тяжести и тяжелых депрессивных эпизодов [3, 4, 10].

Ранними признаками склонности к аутоагрессии являются безразличие к внешнему виду, падение академической успешности, изменения во взаимоотношениях со сверстниками, рискованное поведение, снижение аппетита, веса, диссомнии и пр. [12]. Причем, исследования, проведенные во многих странах, показали, что распространенность среди подростков «экстернализирующих» расстройств (оппозиционного и антисоциального поведения, гиперактивности) остается практически неизменной, а проявления «интернализирующих» расстройств (депрессивных нарушений, высокой тревоги, сниженной самооценки, суициальной настроенности), особенно среди девушек-подростков, отмечаются чаще [8].

Несуицидальные самоповреждающие действия или *сэлф-харм* (англ.: self-harm) – самопорезы, а также прижигания себя, выдергивание волос, ауто-пирсинг, удары о твердые предметы, провоцирование побоев и пр. В последние годы это встречается все чаще, причем и у лиц более младшего возраста: не в 16-17 лет, как это было раньше, а в 12-13 лет, и преобладают среди них девушки [3].

Неосознаваемыми или частично осознаваемыми целями самоповреждений могут быть:

- своеобразное наказание себя при низкой самооценке;
- испытание себя, своего мужества;
- желание почувствовать себя хозяином своего тела, его границ;
- попытка уменьшить душевную боль, заменив ее физической.

При выраженной депрессивной симптоматике, нередко сопровождаемой аутопсихической деперсонализацией, то есть скорбным беспочувствием (лат.: *anaesthesia psychica dolorosa*), цель причинения себе боли – преодоление чувства эмоционального опустошения, желание пережить хоть что-нибудь.

Аутоагрессивное поведение может проявляться в виде символических самоповреждающих действий разной степени выраженности. Они могут носить характер невротических или неврозоподобных реакций и ритуалов.

К ним относятся:

Действия, производимые без помощи предметов:

- онихофагия (греч.: *onychos* – ноготь; *phagien* – поедать) – обрызгивание ногтей;
- трихотилломания (греч.: *trichos* – волос; *tillo* – выдергивать; *mania* – одержимость) или аутодепиляция (греч.: *autos* – сам; лат.: *de-* – приставка, означающая удаление, отделение; *pilus* – волос) – покручивание, подергивание волос, выдергивание волос;

- экскориации (расчесывание и расцарапывание кожи до крови, сковыривание болячек, обдиранье заусениц);

- покусывания себя (губ, рук и пр.);
- самоудары кулаками

и др.;

Действия, производимые с помощью предметов:

- порезы, прокалывания различных частей тела острыми предметами;
- прижигания кожи;
- самоудушение;
- самоудары о твердые поверхности;
- употребление агрессивных жидкостей (уксусной эссенции, растворителей и пр.) с целью ожога пищевода;
- отравления лекарствами, химическими веществами;
- использование алкоголя, табака, психоактивных веществ не только с целью удовлетворения влечения к получению впечатлений, но и с целью самоповреждения

и др.

Поведение, приводящее к самоповреждению:

- чрезмерные физические нагрузки с целью причинения себе вреда;
- участие в драках, в которых непременно будут нанесены травмы;
- преднамеренная передозировка медикаментов;
- поведение, связанное с пищевым влечением (булимия, анорексия, vomiting, трихофагия), приводящее к нарушению здоровья

и др.

Как правило, самоповреждение проводится втайне. При порезах на руках стараются носить одежду с длинными рукавами, их скрывающими, но не тогда, когда самоповреждение носит подражательный характер, демонстративный. В этом случае его цель – привлечь внимание окружающих к своим переживаниям, получить помощь.

Акт самоповреждения позволяет снизить уровень тревоги, чувства собственного бессилия, некомпетентности и ненужности, ощущение пустоты и одиночества, покинутости и скуки. Это приносит временное облегчение. K. Menninger считал, что локальное самоповреждение является частичным суицидом и предпринимается с целью предотвратить полный суицид [5].

В качестве одного из механизмов возникновения патологических привычных действий можно предположить, что таким образом тревожный ребенок, чувствуя, что не соответствует ожиданиям родителей, как бы символически наказывает себя, в надежде, что не получит еще большего наказания. Подобные навязчивые ритуалы встречаются у больных неврозом, при органических поражениях центральной нервной системы, при шизофрении. В последнем

случае ритуалы весьма необычны, больные часто вовлекают в них других людей и требуют от них точного выполнения ритуальных действий.

Действия, направленные на самоповреждения, встречаются в качестве симптома при многих нервно-психических расстройствах. Они разнообразны, отличаются степенью брутальности, что объясняется их целями (часто не осознаваемыми). Самоповреждения могут быть демонстративными, но чаще скрываются детьми и подростками, наносятся наедине с собой на участках тела, скрываемых одеждой. Основными признаками самоповреждения как автоагрессивного акта являются преднамеренность при отсутствии желания суициального завершения, повторяемость, социальная неприемлемость, чувство тревоги и напряжения перед совершением самоповреждения и облегчения после совершения его [9, 11].

Внешними косвенными признаками скрытых самоповреждений могут быть эмоциональная лабильность с преобладанием сниженного настроения, закрытость, отстраненность, снижение активности, коммуникаций, выскакивания о своей непривлекательности, ничтожности.

При обнаружении взрослыми следов самоповреждений дети и подростки пытаются ввести их в заблуждение, придумывая версии о происхождении царапин, шрамов (например, о кожном зуде). Это связано с негативными реакциями взрослого окружения на самоповреждения детей и подростков, их расспросами о причинах таких действий, на которые нет ответов. Это, а также попытки прерывать такие действия, наказывать за них вызывают повышение уровня тревоги, чувства вины, закрепление механизмов навязчивостей.

В Санкт-Петербургском государственном казенном учреждении здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина (далее – Центр) основным звеном в работе с кризисными состояниями является отделение медико-социально-психологической и психотерапевтической помощи с «Телефоном доверия». Оно предназначено для оказания психологической, психотерапевтической, психиатрической и профилактической помощи детям и подросткам, находящимся в трудной жизненной ситуации, и обратившимся в связи с кризисными и иными опасными состояниями.

По официальным данным организационно-методического отделения Центра в последние годы отмечается увеличение количества случаев самоповреждающего поведения детей, особенно в группе девочек, как допубертатного, так и пубертатного возраста. Зачастую среди подростков это некая индуцированная «мода» (селфхарм).

26% подростков с самоповреждающим поведением в 2023 году были направлены на госпитализацию, остальные получали амбулаторную психиатрическую и психотерапевтическую помощь.

Таблица 1
Сравнительные данные количества обращений на ДТД ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина за период с 2021 по 2023 гг.

Причина обращения	2021		2022		2023	
	Суицидоопасное поведение	143	5,4%	165	6,8%	201
Из них:						
- суицидные попытки	35	1,3%	38	1,6%	56	2,0%
- суицидные намерения	108	4,1%	127	5,2%	145	5,1%
Самоповреждающее поведение (действия)	242	9,2%	266	10,9%	278	9,9%

Таблица 2
Анализ обращений по суициdalной тематике в 2023 году

	Поступило обращений на Телефон доверия ВСЕГО	Поступило обращений на Телефон доверия от детей и подростков	Поступило обращений на Телефон доверия от родителей детей и подростков (лиц заменяющих)	Поступило обращений на Телефон доверия от иных граждан
Сведения о количестве обращений, поступивших на Телефон доверия за отчетный период, по проблеме суицида – всего)	639	359	200	80
В том числе:				
1. Суицидальные мысли, намерения, решение	451	273	123	55
2. Текущий суицид	8	4	1	3
3. Состояние после суициdalной попытки	30	13	14	3
4. Другие вопросы по теме	150	69	62	19

Наиболее частыми причинами суицидальных попыток остаются:

- конфликтные ситуации в особо значимой для ребенка или подростка сфере – 41%,
- школьные проблемы – 13%,
- личные переживания, связанные с потерями, в том числе неразделенная любовь – 10%,
- сочетания психотравмирующих факторов – 15%,
- суицидные попытки, обусловленные психическими расстройствами, чаще всего депрессивного регистра – 21%.

По сравнению с предыдущими годами в 2021-2023 гг. вырос удельный вес суицидных попыток в структуре стрессовых расстройств и нарушений поведения, и несколько уменьшился в структуре депрессивных расстройств и психотических состояний.

Кроме этого, психологами ДТД осуществляется работа по обнаружению опасного для детей и подростков интернет-контента в телекоммуникационной сети Интернет. За 2023 год ими было просмотрено 4598 сайтов и было выявлены 638 опасных сайтов, из которых 262 сайта содержали тематику самоповреждающего, рискованного и суицидоопасного поведения [6].

Список литературы

1. Бандура, А., Уолтерс, Р. *Подростковая агрессия: изучение влияния воспитания и семейных отношений*. Пер. с англ. М.: Апрель Пресс: ЭКСМО-Пресс, 2000. 508 с.
2. Добряков, И. В., Фесенко, Ю. А. *Влечения детей и подростков: становление, проявления, отклонения*. СПб.: Проспект Науки, 2022. 300 с.
3. Изнак, Е. В., Дамянович, Е. В., Левченко, Н. С., Олейчик, И. В., Изнак, А. Ф. Асимметрии ЭЭГ у пациенток юношеского возраста при депрессиях с разными видами аутоагрессивного поведения. Ж. «Психиатрия», Т.18, №3, 2020. С. 4-21.
4. Мазаева, Н. А., Кравченко, Н. Е. Факторы риска увеличения частоты и ранней манифестиации депрессий в современной подростковой популяции. Ж. Психиатрия, Т.18, №3, 2020. С. 6-13.
5. Менninger, К. (Menninger K.) *Война с самим собой*: пер. с англ. М.: ЭКСМОПресс, 2000. 480 с.
6. Суициды у несовершеннолетних : учебник для вузов / Ю. А. Фесенко, М. В. Романовская, Е. Ю. Андреева, Д. А. Бычковский. Москва: Издательство Юрайт, 2024. 260 с.
7. Харрис, Т. Э. Я – о’кей, ты – о’кей. М.: Академический проект, 2019. 256 с.
8. Bor, W., Dean, A. J., Najman, J., Hayatbakhsh, R. *Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review*. Australian & New Zealand J. Psychiatry, 2014; 48 (7). P. 606-616.
9. Favazza, A. R. *Bodies under siege: Self-mutilation in Culture and Psychiatry*. Second Edition. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1996.

10. Finning, K., Ukomunne, O. C., Ford, T., Danielsson, Waters, E., Shaw, L., Romero De Jager, I., Stentiford, L. A., Moore, D. *The association between child and adolescent depression and poor attendance at school: a systematic review and meta-analysis*. J. Affective Disorders, 2019, 245. P. 928-938.

11. Pattison, E. M., Kahan, J. *The deliberate self-harm syndrome*. Am J Psychiatr 1983, 140 (7). P. 867-72.

12. Rice, F., Riglin, L., Lomax, T., Souter, E., Potter, R., Smith, D. J., Thapar, A. K., Thapar, A. *Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles*. J. Affective Disorders, 2019, 43. P. 175-181.

Сергиенко А.А., Шашкина С.И.

АДАПТИВНЫЕ СТРАТЕГИИ ПОВЕДЕНИЯ И УРОВЕНЬ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У ЛИЦ СО СКЛОННОСТЬЮ К ПОГРАНИЧНОМУ РАССТРОЙСТВУ ЛИЧНОСТИ

ФНБУ «Научный центр психического здоровья», Москва

Аннотация. Исследование направлено на выявление особенностей социальной адаптации и уровня жизнестойкости у лиц со склонностью к пограничному расстройству личности. Выявлено, что у лиц с высокой склонностью к пограничному расстройству личности существуют особенности в процессах жизнестойкости и адаптивных стратегий поведения.

Ключевые слова: пограничное расстройство личности, адаптивные стратегии поведения, уровень жизнестойкости.

Sergienko A. A., Shashkina S. I.

ADAPTIVE BEHAVIORAL STRATEGIES AND LEVEL OF RESILIENCE IN INDIVIDUALS WITH A TENDENCY TO BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Mental Health Research Center, Moscow, Russia

Abstract. The study is aimed at identifying the features of social adaptation and level of resilience in persons with a propensity to borderline personality disorder. It is revealed that in persons with a high propensity to borderline personality disorder there are peculiarities in the processes of resilience and adaptive behavioral strategies.

Keywords: borderline personality disorder, adaptive behavioral strategies, level of resilience.

Введение. Пограничное расстройство личности (ПРЛ) представляет собой одну из форм личностного расстройства, характеризующуюся низким уровнем самоконтроля, высокой импульсивностью и эмоциональной неустойчивостью, высоким уровнем тревожности и десоциализацией. Это предпатологическое состояние, характеризующееся дисгармоничностью психического склада, представляет собой постоянное свойство индивида, которое сохраняется на протяжении всей его жизни. Не выявлено точной причины возникновения данного расстройства, однако существует ряд факторов, влияющих на его развитие, а именно генетическая предрасположенность, нейробиологические нарушения мозговых структур, экологические и культурно-социальные аспекты [1]. Распространенность пограничного расстройства личности в популяции варьируется от 2 до 7%, а среди женщин случаи данного расстройства диагностируются в 4 раза чаще, чем у мужчин. Дебют пограничного расстройства личности происходит чаще всего в подростковом и молодом возрасте. В свою

очередь статистические данные указывают на наличие высокого процента суицидального поведения у лиц с пограничным расстройством личности [8]. Также отмечается высокий процент коморбидности пограничного расстройства личности с расстройствами настроения (10-20%) и алкогольной зависимостью (41-83%) [7]. Наследственность людей с пограничными расстройствами личности может быть отягощена депрессивными расстройствами, алкогольной и наркотической зависимостью со стороны родственников, что является одним из факторов предрасположенности и последующего развития данного расстройства [3]. Также при пограничном расстройстве личности отмечается коморбидность с такими расстройствами как обсессивно-компульсивное расстройство (31-48%), паническое расстройство (31-48%), социальные фобии (23-47%) и расстройства пищевого поведения (29%) [2].

Возможности социальной адаптации личности напрямую связаны с наличием убеждений, помогающих справляться с возникающими трудностями, возможными последствиями стрессовых ситуаций, не теряя при этом активности и стремления к дальнейшему развитию [6]. Также успешное социальное взаимодействие зависит от способности человека к управлению и регулированию, возникающих у него эмоциональных состояний и психических процессов [9]. Описанные особенности входят в определения понятий «жизнестойкость» и «саморегуляция» и играют роль в развитии социальной дезадаптации, присущей людям, страдающим пограничным расстройством личности.

Вышеизложенное определяет актуальность проведенного исследования, особенно в плане нахождения методов, способствующих коррекции патологических установок возникающих при ПРЛ. В частности, такой коррекции может помочь нахождение форм индивидуальной предрасположенности к выздоровлению лиц с ПРЛ, а также стилей их саморегуляции как основы для подбора методов лечения и реабилитации.

Целью нашего исследования стало выявление особенностей социальной адаптации и уровня жизнестойкости у лиц со склонностью к пограничному расстройству личности. Основная гипотеза состояла в том, что существуют различия в уровне жизнестойкости, стратегиях и способах адаптации у испытуемых с высоким и с низким уровнем склонности к ПРЛ.

Материалы и методы. В ходе исследования применялись следующие методики: опросник «Адаптивные стратегии поведения» (АСП) (Мельниковой Н.Н.), методика «Тест жизнестойкости» С. Мадди в модификации Осина-Рассказовой, опросник для диагностики пограничного расстройства личности формы А (Т.Ю. Ласовской, С.В. Яичникова, Ю.В. Сарычевой, Ц.П. Короленко) [4, 5]. В исследовании приняли участие 41 учащийся российских вечерних школ и ПТУ в возрасте от 18 до 25 лет (39 женщин и 3 мужчины). Группа испытуемых была выбрана по принципу одинакового возраста и места

обучения. Далее, при помощи методики «Опросник для диагностики пограничного расстройства личности формы А» (Т.Ю. Ласовской, С.В. Яичникова, Ю.В. Сарычевой, Ц.П. Короленко), дифференцированы 2 группы испытуемых, 1 группа – с низким (группа условной нормы) и, 2 группа, с высоким уровнем склонности к ПРЛ. После прохождения опросника к группе с высоким уровнем склонности к пограничному расстройству были отнесены 21 (1 муж.) испытуемый (51,2%), а к группе с низким уровнем склонности к ПРЛ – 20 (2 муж.) человек (48,8%), соответственно, группы оказались примерно равны.

Результаты. С помощью методики «Тест жизнестойкости» С. Мадди было выявлено, что испытуемые с низкой склонностью к ПРЛ демонстрируют средний уровень такого личностного качества, как принятие риска (9), и низкий уровень вовлеченности (11,45) и контроля (10,9), а также *низкий общий уровень жизнестойкости* (31,35). Группа 2 с высокой склонностью к ПРЛ демонстрирует низкие показатели по всем шкалам; вовлеченность – 5,52, контроль – 4,71, принятие риска – 5,38, общий уровень жизнестойкости – 15,62. Данный феномен (низкого уровня жизнестойкости у обеих групп) может быть обусловлен большим количеством факторов – от локальных до глобальных; от низкой самоуверенности, что было выявлено нами ранее, до детерминированности культурными, политическими и экономическими особенностями.

По результатам теста адаптивных стратегий поведения Н.Н. Мельниковой была построена гистограмма для визуализации различий между количеством человек, выбравших те или иные предпочтаемые стратегии поведения по двум группам (см. рис. 1)

Для группы условной нормы с низким уровнем склонности к ПРЛ в качестве основной оказалась стратегия, направленная на активное изменение среды (активная, контактная, направленная вовне). Для этой стратегии характерно стремление активно воздействовать на среду или партнёра с целью изменить их, «приспособить» к своим особенностям и потребностям. Данная стратегия предполагает широкий арсенал средств и может реализоваться через активное давление на партнёра, преобразование среды, а также различные виды манипуляции. Второй предпочтаемой стратегией в этой группе оказалась стратегия, направленная на активное изменение себя, которая строится на активном изменении себя таким образом, чтобы среда перестала восприниматься как фрустрирующая. Эта стратегия предполагает (в отличие от стратегии пассивного подчинения) именно сознательно и произвольно достигнутые изменения в себе. Как правило, такие изменения устойчивы и связаны с внутренней перестройкой личности.

Для группы 2 с высоким уровнем склонности к ПРЛ в качестве основной также оказалась стратегия, направленная на активное изменение среды, но на втором месте стоит стратегия ухода от контакта со средой и погружение

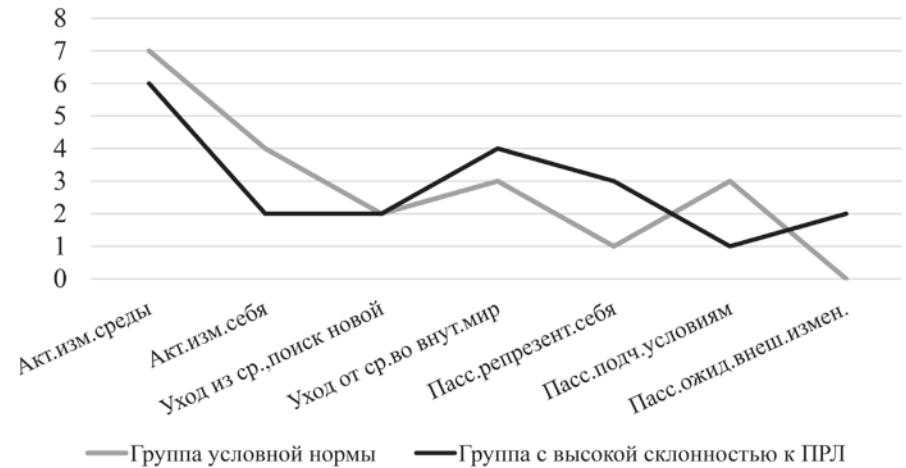


Рис. 1. Тест адаптивных стратегий. Количество испытуемых выбравших разные адаптивные стратегии. Акт.изм.среды - активное изменение среды; Акт.изм.себя - активное изменение себя; Уход из ср., поиск новой - уход из среды и поиск новой; Пасс.репрезент.себя - пассивная репрезентация себя; Пасс.подч.условиям - пассивное подчинение условиям среды; Пасс.ожид.внеш.измен. - Пассивное выжидание внешних изменений.

во внутренний мир (избегающая, направленная вовнутрь). Можно уйти от контакта с фрустрирующей средой, физически не отдаляясь от неё. И на третьем месте стратегия пассивной репрезентации себя, которая определяет стремление самоутвердиться, отстоять своё «Я». Такая стратегия, как правило, проявляется в упрямой демонстрации своей позиции, при этом человек не стремится воздействовать на партнёра, так же, как и отказываться от пересмотра своей собственной позиции.

Таким образом, стратегия, направленная на активное изменение среды, оказалась наиболее часто выбираемый методом самовыражения, а уход от контакта со средой во внутренний мир – наименее выбираемой для обеих групп. Данный выбор является одним из наиболее продуктивных выборов с точки зрения социализации. Т.е. и в группе с высокой склонностью к ПРЛ и в группе с низкой склонностью к ПРЛ видна тенденция к адаптивной социализации. Что подтверждает исследования Т.Ю. Ласовской, одной из авторов опросника для диагностики пограничного расстройства личности. Согласно её исследованиям, социализация нарушается только при достижении пограничным расстройством тяжёлой формы [4].

Заключение. У лиц с высокой склонностью к пограничному расстройству личности существуют определенные особенности в процессах жизнестойкости и адаптивных стратегий поведения в отличие от условно-здоровых людей. Уровень жизнестойкости первых связан с использованием в основном незрелых психологических защитных механизмов. Таким образом, лица со склонностью к ПРЛ не способны в достаточной мере осознавать сложность ситуации и соизмерять силы, необходимые для ее решения со своими возможностями. Данная особенность приводит к невозможности воспринимать мир безопасным, и как следствие собственные негативные эмоции интерпретируются в качестве угрозы со стороны других людей. С другой стороны, отмеченные выше особенности ярко проявляются лишь при наличии тяжелых форм ПРЛ, а при легкой склонности к ПРЛ, также как и при нормативном развитии личности, видна тенденция к продуктивным адаптивным стратегиям социализации.

Список литературы

1. Атаджыкова Ю.А., Ениколов С.Н. Развитие концепта психопатии в отечественной и зарубежной психологии (обзор литературы). Вестник УЮрГУ. Серия «Психология». 2015. Т-8, №3. С 77-86.
2. Залузская Н. М. Пограничное расстройство личности: вопросы диагностики и терапии // Современная терапия психических расстройств. 2012. № 2. С. 2-8.
3. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. В 2 Т. // М: 1994. – 520с.
4. Ласовская Т.Ю. Опросник для диагностики пограничного личностного расстройства формы «А» // Консультативная психология и психотерапия. - 2014, № 2.
5. Мельникова Н. Н. Диагностика социально-психологической адаптации личности: Учебное пособие. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2004. – 57 С.
6. Никитина Е. В. Феномен жизнестойкости: концепция, современные взгляды и исследования // Журнал Academy. 2017.
7. Романов Д. В. Диагностические ошибки врачей-психиатров при распознавании пограничного расстройства личности // Известия Самарского научного центра РАН. 2014. №5-4. С. 1309-1311.
8. Романов Д. В., Стрельник С. Н., Стальнова Т. В., Сергеева Е. А. Исследование распространенности пограничного расстройства личности в неклинических группах. Психические расстройства в общей медицине. 2017; 03-04; С. 20-23.
9. Сафонова Т. О., Морозова И. С. Уровневые характеристики саморегуляции личности // Вестник КемГУ. №3 (43). 2010. С 100-106.

Sivak A. C., Кузьмина Т. И., Капланская И. Л.

ВЛИЯНИЕ СРЕДСТВ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ И ТЕМПА СОВРЕМЕННОЙ ЖИЗНИ НА САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С. С. Мнухина, Санкт-Петербург

Аннотация. Рассмотрены основные причины, проявления и последствия самоповреждающего поведения среди подростков в России, а также предложения по возможным путям профилактики и помощи. Понимание этой проблемы на уровне семьи, школы и общества в целом является важным шагом на пути к созданию безопасной и поддерживающей среды для подростков, столкнувшихся с трудностями.

Ключевые слова: самоповреждающее поведение, подростки, семья, совладающее поведение, средства массовой информации.

Sivak A. S., Kuzmina T. I., Kaplanskaya I. L.

THE IMPACT OF THE MEDIA AND THE PACE OF MODERN LIFE ON SELF-HARMING BEHAVIOR AMONG ADOLESCENTS

St Petersburg Rehabilitation Center "Child Psychiatry" n.a. S. S. Mnukhin, St. Petersburg, Russia

Abstract. The purpose of this article is to examine the main causes, manifestations and consequences of self-harming behavior among adolescents in Russia, as well as to suggest possible ways of prevention and assistance. Understanding this issue at the family, school, and community levels is an important step towards creating a safe and supportive environment for adolescents facing difficulties.

Keywords: Self-harming behavior, adolescents, family, coping, mass media, the pace of life.

Самоповреждающее поведение (self-harm) – это намеренное причинение себе физического вреда без суицидальных намерений. Оно включает такие действия, как порезы, ожоги, удары и другие формы физического повреждения тела. В России, как и во многих других странах, эта тема остается недостаточно изученной и часто стигматизированной, что затрудняет своевременное выявление и оказание помощи подросткам, склонным к самоповреждению. В последние годы в России наблюдается рост интереса к проблеме психического здоровья подростков, однако уровень осведомленности о самоповреждающем поведении остается низким. Многие родители, учителя и даже специалисты не всегда способны распознать признаки селфхарма, что приводит к усугублению ситуации. Кроме того, культурные и социальные особенности российского общества, такие как табуированность темы психического

здоровья, создают дополнительные барьеры для решения этой проблемы и оказания своевременной помощи подростку. Среди подростков это явление становится всё более распространённым, и одним из факторов, способствующих его росту, является влияние средств массовой информации (СМИ).

Также факторами, влияющими на самоповреждающее поведение, являются романтизация и нормализация self-harm в медиа-СМИ, включая фильмы, сериалы, книги и социальные сети, в которых самоповреждающее поведение часто изображается как способ справиться с эмоциональной болью или как форма самовыражения. Например, в некоторых популярных сериалах персонажи, страдающие от психических расстройств, используют self-harm как способ справиться с трудностями. Такие сцены могут быть восприняты подростками как нормальные или даже романтичные, особенно, если персонажи вызывают симпатию. Романтизация self-harm в медиа приводят к тому, что подростки начинают воспринимать это поведение как допустимый способ справиться с эмоциональными проблемами. Это особенно опасно для молодых людей, которые находятся в поиске своей идентичности и склонны к подражанию.

Социальные сети также играют ключевую роль в распространении информации о самоповреждающем поведении. В интернет-пространстве существуют сообщества, где подростки делятся своим опытом, фотографиями и советами, связанными с self-harm. Хотя некоторые из этих сообществ позиционируют себя как группы поддержки, они могут непреднамеренно способствовать нормализации и даже популяризации самоповреждающего поведения.

Важно отметить, что алгоритмы социальных сетей также могут усугублять проблему. Если подросток проявляет интерес к темам, связанным с self-harm, различные платформы в интернете могут предлагать ему всё больше подобного контента, создавая замкнутый круг. Это может усилить чувство изоляции и безнадёжности, а также подтолкнуть подростка к повторению увиденного.

Хотелось бы выделить такой феномен как «эффект заражения» – явлением, при котором информация о самоповреждающем поведении или суицидах в СМИ может спровоцировать подобные действия у других людей. Подростки, особенно те, кто уже находится в группе риска, могут начать имитировать поведение, о котором они узнали из новостей, фильмов или социальных сетей. Особенно уязвимы подростки, которые испытывают чувство одиночества, депрессию или тревогу.

СМИ также могут косвенно способствовать развитию самоповреждающего поведения через формирование нереалистичных стандартов красоты, успеха и счастья. Подростки, которые постоянно сравнивают себя с идеализированными образами в социальных сетях, могут испытывать чувство неполноценности, стыда и отчаяния. Это, в свою очередь, может привести к самоповреждающему поведению как способу справиться с негативными эмоциями.

Социальные сети и мессенджеры создают иллюзию необходимости постоянной доступности. Подростки проводят в сети в среднем 7-9 часов в день, что приводит к информационной перегрузке и истощению. Феномен FOMO (Fear of Missing Out) – «страх пропустить важное событие» усиливает тревожность и чувство неполноценности. Цифровая среда также способствует социальному сравнению: подростки видят «идеализированные» жизни сверстников, что подрывает их самооценку. В таких условиях self-harm может стать попыткой восстановить контроль над своими эмоциями или выразить внутреннюю пустоту.

Кроме того, кибербуллинг и травля в интернете могут усугубить психическое состояние подростков, делая их более уязвимыми к self-harm. Оскорбительные комментарии, публичное унижение и давление со стороны сверстников могут стать триггерами для самоповреждающего поведения.

Для предотвращения негативного влияния СМИ на подростков важно, чтобы родители, педагоги, психиатры и психотерапевты, психологи были осведомлены о рисках, связанных с самоповреждающим поведением. Открытый диалог с подростками о том, что они видят в интернете и как это влияет на их эмоциональное состояние, может помочь снизить риск self-harm. Необходимо следить за тем, какой контент потребляют дети, и обсуждать с ними альтернативные способы совладания с эмоциональными трудностями.

Школы и образовательные учреждения также могут играть важную роль, проводя программы по повышению осведомлённости о психическом здоровье и обучая подростков навыкам эмоциональной регуляции.

Еще один фактор, влияющий на распространение среди подростков самоповреждающего поведения – это темп современной жизни. Здесь можно выделить так называемое «академическое давление», поскольку современные подростки сталкиваются с беспрецедентным уровнем академической нагрузки. Конкуренция за поступление в престижные вузы, насыщенные учебные программы, дополнительные курсы и репетиторы создают хронический стресс.

Согласно проведенному исследованию группы подростков, посещающих психотерапевтические сессии в психотерапевтическом отделении ЦВЛ «Детская психиатрия», большинство из них сообщают о чувстве подавленности из-за школьных обязанностей. У них диагностируется высокий уровень тревоги и неуверенность в своих силах. Самоповреждение в этом контексте становится способом справиться с перфекционизмом и страхом неудачи. Когда подростки не достигают ожидаемых результатов, они могут направлять гнев и разочарование на себя, используя физическую боль как «наказание» или как метод отвлечения от эмоционального дискомфорта.

Современный темп жизни оставляет подросткам мало возможностей для отдыха и рефлексии. Расписание, заполненное уроками, кружками,

спортивными секциями и домашними заданиями, не позволяет переработать эмоции здоровым образом. Накопленный стресс, не находя выхода через разговор с близкими, творчество или физическую активность, трансформируется в аутоагgression.

Кроме того, хроническое недосыпание, вызванное ночными «зависаниями» в гаджетах и ранними подъёмами в школу, нарушает работу центральной нервной системы. Это снижает способность к эмоциональной регуляции, делая подростков более уязвимыми к импульсивным действиям, включая самоповреждение.

Важно подчеркнуть, что современное общество транслирует установку, что успешный подросток должен совмещать учёбу, хобби и активную социальную жизнь. Родители, сами живущие в режиме многозадачности, нередко бессознательно проецируют свои тревоги на детей. Подростки, чувствуя давление «соответствовать стандартам», могут испытывать стыд за свою «недостаточную продуктивность», что провоцирует самообвинение и самоповреждающее поведение.

Хронический стресс нарушает работу префронтальной коры – области мозга, отвечающей за самоконтроль и принятие решений. У подростков эта зона ещё не полностью сформирована, «незрела», что делает их более склонными к импульсивным действиям. Гормональные изменения, характерные для пубертата, усиливают эмоциональную лабильность, а в сочетании с высоким темпом жизни это создаёт «идеальный шторм» для развития самоповреждающего поведения.

Для снижения рисков и предотвращения самоповреждающего поведения в рамках психотерапевтического отделения проводятся групповые занятия с подростками, а также параллельная работа с семейным окружением подростка. Проводимая работа направлена на пересмотр подхода к организации жизни подростков, поощрение здорового распорядка дня с обязательным временем на отдых и хобби, «цифровой детокс», ограничение времени в соцсетях и создание «зон, свободных от гаджетов», «эмоциональную грамотность», обучение управлению стрессом и развитию эмоционального интеллекта.

Работа с родителями направлена на необходимость фокусировать свое внимание на психологическом благополучии подростков, а не только на их достижениях, работа с ними проводится под девизом «Поддержка, а не давление» и является краеугольным камнем в сопровождении семьи с подростком.

Таким образом, роль СМИ и ускорение темпа жизни в распространении самоповреждающего поведения среди подростков нельзя недооценивать. Романтизация self-harm, эффект заражения и давление социальных сетей, академическое давление, стремление к перфекционизму, хронические стресс и недосыпание, «искаженное» видение родителями трудностей подростка

и слишком высокие к ним требования могут способствовать развитию этого опасного поведения. Однако осведомлённость, поддержка и открытый диалог могут помочь снизить риски и предоставить подросткам здоровые альтернативы для совладания с эмоциональными трудностями.

Важно помнить, что самоповреждающее поведение – это крик о помощи, и подростки, столкнувшись с этой проблемой, нуждаются в понимании, поддержке и помощи профессиональной. Задача родителей, педагогов и специалистов помогающих профессий – создать среду, где подростки смогут переводить дух, чувствовать себя принятыми и учиться справляться с трудностями без вреда для себя. Современным подросткам нужны инструменты, чтобы разорвать круг саморазрушения, а основная задача психологов и психотерапевтов не только дать им эти инструменты, но и научить ими пользоваться.

Тарханов В. С., Соколова Н. Н., Денисова Е. А.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ СУИЦИДЕНТОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА, ПОЛУЧИВШИХ СТАЦИОНАРНУЮ ПОМОЩЬ В ДЕТСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ «ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Астрахань

Аннотация. Представлена информация о создании медико-социального портфеля суицидентов несовершеннолетнего возраста, наблюдавшихся в отделении по оказанию помощи детскому населению ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница» с 2017 по 2022 гг.

Ключевые слова: несовершеннолетний, триггер, суицид, непсихотический уровень.

Tarkhanov V.S., Sokolova N.N., Denisova E.A.

CLINICAL AND SOCIAL PORTRAIT OF UNDERAGE SUICIDES WHO RECEIVED INPATIENT CARE IN THE CHILDREN'S DEPARTMENT OF THE STATE BUDGETARY HEALTHCARE INSTITUTION OF THE ASTRAKHAN REGION "REGIONAL CLINICAL PSYCHIATRIC HOSPITAL"

SBHI of the Astrakhan Region "Regional Clinical Psychiatric Hospital", Astrakhan, Russia

Abstract. The article presents information on the creation of a medical and social portrait of underage suicides observed in the department for providing assistance to the child population of the SBHI of the Astrakhan Region "Regional Clinical Psychiatric Hospital" from 2017 to 2022.

Keywords: underage, trigger, suicide, non-psychotic level.

В Российской Федерации с начала 2000 годов наблюдается постепенное снижение показателей самоубийств во всех возрастных группах. Несмотря на это, уровень завершенных суицидов и количество суицидальных попыток у несовершеннолетних остается проблемой, требующей особого и пристального внимания [4].

Целью представленной работы было создание медико-социального портфеля суицидентов несовершеннолетнего возраста, наблюдавшихся в отделении по оказанию помощи детскому населению Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница» (ГБУЗ АО «ОКПБ») с 2017 по 2022 гг.

В качестве респондентов выступали 28 несовершеннолетних, переживших суицидальную попытку, госпитализированных в детское психиатрическое отделение для коррекции поведенческих и аффективных расстройств. Возраст, наблюдавших пациентов с суицидальной попыткой, составил от 12 до 15 лет. Больший процент (82%) госпитализированных несовершеннолетних был в возрастном диапазоне 13-14 лет. Динамика количества госпитализаций несовершеннолетних после суицидальной попытки распределилась следующим образом: максимальное количество госпитализированных было в 2020 году – 9 человек, и наименьшее количество зафиксировано в 2017 году – 2 человека.

Анализ распределения госпитализированных пациентов с суицидальными проявлениями в данном возрастном диапазоне по гендерному признаку показали преобладание (в 8 раз) девочек в соотношении 83% – 10,7%. Основная часть наблюдавших пациентов – это городские жители славянской национальности. Соотношение несовершеннолетних, проживающих в городе и селе, составило 2,5:1 (71,4% городские жители и 28,5% – жители села).

Большинство пациентов имели отягощенный семейный анамнез: алкоголизм у родителей и употребление наркотиков – 15 чел. (50%), суицидальные попытки у близких родственников – у 5 человек (16,7%), наличие у родственников психических заболеваний – 4 чел. (13,3%). Наблюдения показали, что большая часть подростков, совершивших суицидальную попытку, проживали в неполной или неблагополучной семье, где не уделялось должного внимания воспитанию или были характерны патологические типы воспитания (гипопroteкция, непоследовательный тип воспитания, воспитание по типу «золушки») [2]. Лично-семейные конфликты формировались при несправедливом отношении в семье (оскорблении, унижении, обвинении); разводе родителей или повторном браке; конфликтах с родителями (отсутствие понимания, чувство отчаяния и одиночества у ребенка) [3]. Именно конфликтная ситуация с повышенной готовностью к обидам, гневу, агрессии часто становилась триггером аутоагgressивного поведения [1].

Анализ нозологической структуры заболеваний у несовершеннолетних с суицидальным поведением показал преобладание пациентов (28,5%) с эмоционально-волевыми нарушениями на фоне патологически формирующейся личности. Второе место раздели с равным количеством (16,7%) пациенты с аффективными расстройствами депрессивной структуры (F32-33), расстройствами поведений и эмоций (F91-92.8), с органическим поражением головного мозга с когнитивными нарушениями (F06.6) и с расстройствами приспособительных реакций (F43.2). Такое нозологическое распределение отражает факт того, что в большем проценте случаев суицидальные попытки регистрируются у несовершеннолетних не с тяжелыми психическими расстройствами, а с нарушениями эмоционально-волевой сферы непсихотического характера.

Среди всех несовершеннолетних в связи с суициальными попытками 18 были госпитализированы первично, 8 человек – повторно. Отсутствие изменений в микросоциуме после суициальной попытки несовершеннолетнего, несоблюдение рекомендаций врачей-психиатров стационара: прекращение поддерживающей медикаментозной терапии, отсутствие психологической коррекции в амбулаторных условиях способствуют быстрой декомпенсации состояния и рецидива суициального поведения.

По способу совершения суициальной попытки у несовершеннолетних преобладают самоповреждения (64%), затем – отравления медикаментозными препаратами (46%) и на последнем месте – падение с высоты (3,6%).

Среди основных мотивов суициальных попыток в исследуемой группе детей отмечались конфликтные отношения в родительской или приемной семье – 15 чел. (53,5%), конфликты со сверстниками – 10 чел. (36%), с педагогами образовательных учреждений – 5 чел. (18%). Согласно наблюдениям, пациенты проживали в неблагополучном микроклимате, с напряженными или враждебными взаимоотношениями, где легко возникали ссоры и неприятие друг друга. Конфликты среди сверстников возникали на фоне издевательств, предательства, унижения самооценки в социальных сетях. С педагогами образовательных учреждений напряжение возникало при завышенных требованиях к несовершеннолетнему или оскорбительных высказываниях в их адрес [4].

Заключение. Таким образом, среди проанализированных суицидентов, преобладают пациентки женского пола несовершеннолетнего возраста, обучающиеся в общеобразовательной школе, проживающие в городе в неполной, социально неблагополучной семье с отягощенным семейным анамнезом, выбравшие в качестве ухода из жизни – самоповреждение. Большинство пациентов не имели грубой, выраженной психической патологии, их психические расстройства имели непсихотический уровень.

Список литературы

1. Банников Г. С., Чистопольская К. А., Яхьяева П. К. *Суицидальное кризисное состояние в подростковом и юношеском возрасте (клинико-психологические маркеры)*. Методические рекомендации. М.: ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» МЗ РФ, 2023. 20 с.
2. Личко А. Е. *Психопатии и акцентуации характера у подростков*. Л.: Медицина, 1983. 304 с.
3. *Психология и Психиатрия*. URL: <https://psihomed.com/podrostkovuyiy-suitsid/>.
4. Сыроквашина К. В., Макушин Е. В., Дозорцева Е. Г., Бадмаева В. Д. *Современные клинико-психологические подходы к проблеме суицидов у подростков. Аналитический обзор*. М.: ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» МЗ РФ, 2018. 35 с.

Фесенко Ю. А.^{1,2}, Романовская М. В.¹

РАННИЕ ФАКТОРЫ РИСКА КАК ПРИЧИНА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С. С. Мнухина¹;
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ², Санкт-Петербург

Аннотация. Статья посвящена рассмотрению наиболее ранних факторов риска и их роли в психологической травматизации, ведущей к формированию суицидального поведения. Названы основные ранние факторы риска, а также роль семейного воспитания в возникновении таких рисков, включая генетические основы риска самоубийства.

Ключевые слова: суицидальное поведение, факторы риска, психологическая травматизация.

Fesenko Yu. A.^{1,2}, Romanovskaya M. V.¹

RISK FACTORS AND PROTECTIVE FACTORS IN SUICIDAL BEHAVIOR OF MINORS

St Petersburg Rehabilitation Center «Child Psychiatry» n.a. S. S. Mnukhin¹;
²St. Petersburg State Pediatric Medical University², St. Petersburg, Russia

Abstract. The article is devoted to the consideration of the earliest risk factors and their role in psychological traumatization leading to the formation of suicidal behavior. The main early risk factors are named, as well as the role of family education in the occurrence of such risks, including the genetic basis of suicide risk.

Keywords: suicidal behavior, risk factors, psychological trauma.

В раннем детском возрасте суицидальное поведение и суицид встречаются редко. В раннем подростковом возрасте количество суицидальных мыслей резко возрастает (примерно в возрасте 10-12 лет), после чего следует всплеск количества суицидальных попыток, что делает ранний подростковый возраст критическим временем для самоубийств [10]. Пик распространенности суицидального поведения приходится на средне-поздний подростковый возраст и остается повышенным на протяжении всей юношеской взрослой жизни, а снижается во взрослом возрасте [5, 8]. Рассмотрим наиболее распространенные факторы раннего риска развития суицидоопасного поведения среди подростков: жестокое обращение в детстве (сексуальное насилие, физическое насилие, эмоциональное насилие, пренебрежение), сочетанное влияние различных видов жестокого обращения и семейный анамнез суицидоопасного поведения. Жестокое обращение в детстве, в широком смысле определяемое как любое

насилие и отсутствие заботы, связано с рядом психопатологических симптомов, включая суицидальные мысли и попытки. Накопленный травмирующий детский опыт связан как с суицидальными мыслями, так и с попытками самоубийства в подростковом возрасте. Чем больше количество неблагоприятных переживаний в детстве, тем выше риск негативных последствий.

Сексуальное насилие в детстве. Сексуальное насилие или развращение – вовлечение ребенка с его согласия или без такового, осознаваемое или неосознаваемое им в силу функциональной незрелости или других причин в сексуальные действия со взрослыми или старшим ребенком (подростком) с применением физического, психического насилия или без него [1].

Физическое насилие в детстве. Физическое насилие над детьми и подростками, помимо нанесения им телесных повреждений, включает также вовлечение последних в употребление наркотиков, алкоголя, психоактивных веществ, дачу им отравляющих веществ или медицинских препаратов, вызывающих одурманивание, а также попытки удушения или утопления ребенка. Необходимо четко осознавать, что физическое насилие – это действительно физическое нападение или истязание, которое всегда сопровождается словесными оскорблениемами ребенка и приводит еще и к психической травме [1].

Эмоциональное насилие в детстве. Эмоциональное (психологическое) насилие – периодическое, длительное или постоянное психическое воздействие родителей и других взрослых на ребенка, приводящее к формированию у него патологических черт характера или же тормозящее развитие личности и вызывающее у него страх. Исследования показали, что эмоциональное насилие в детстве прогнозирует суицидные мысли и попытки, но в отличие от сексуального и физического насилия этот специфический подтип жестокого обращения повышает риск развития суицидоопасного поведения через негативную самооценку, которую ребенок личностно принял [2].

Поливиктимизация. Важно рассматривать типы жестокого обращения не только отдельно, но и в случаях их сочетания, поскольку эти негативные жизненные события в совокупности приводят к возникновению еще большего риска для попыток суицида в будущем. Поливиктимизация была связана как с попытками суицида в прошлом, так и с будущими попытками. Все подростки, находящиеся на стационарном психиатрическом лечении с текущими (активными) суицидальными мыслями или с планированием самоубийства, сообщали об одновременном воздействии различных форм жестокого обращения в детстве [2, 7].

Родительский и семейный анамнез суицидальных мыслей и поведения. Результаты исследования факторов риска самоубийства и суицидального поведения у детей, генетических основ риска самоубийства как неблагоприятного детского опыта, позволяют предположить, что семейный анамнез самоубийства

может увеличить риск суицидов у детей и подростков. Семейная передача риска самоубийства была доказана в исследованиях двух последних десятилетий [3, 9].

Все чаще появляются новые доказательства того, что семейная история самоубийства может влиять на риск других негативных последствий для психического здоровья детей, включая психические расстройства, патологические личностные черты, стрессовую реактивность и нарушения когнитивных функций, что является потенциалом накопления риска самоубийства в семьях [6]. Недавние результаты исследований о связи между суицидальным поведением родителей и функционированием у подростков предлагают такие потенциальные механизмы передачи, как воздействие стресса, нарушенные когнитивные процессы, трудности воспитания и имеющаяся психопатология, которые могут лежать в основе общего риска суицидального поведения для родителей и их детей. Понимание этих механизмов имеет решающее значение для разработки соответствующих клинических вмешательств в отношении риска самоубийства среди детей и подростков [4].

Список литературы

1. Алексеева И. А., Новосельский И. Г. Жестокое обращение с ребенком. Причины. Последствия. Помощь. М.: Генезис, 2005.
2. Добряков И. В. Выявление насилия в отношении детей (руководство для специалистов, работающих в системе защиты детей). Бишкек: Блиц, 2014. 40 с.
3. Положий Б. С. Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). М.: РИО «ФГУ ГНЦ ССП им. В. П. Сербского», 2010. 229 с.
4. Суициды у несовершеннолетних: учебник для вузов / Ю. А. Фесенко, М. В. Романовская, Е. Ю. Андреева, Д. А. Бычковский. Москва: Издательство Юрайт, 2024. 260 с.
5. Boeninger D. K. et al. Sex differences in developmental trends of suicide ideation, plans, and attempts among European American adolescents. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 2010. 40(5). 451–464.
6. Brent D. A., Melhem N. Familial transmission of suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 2008. Vol. 31. P. 157–177.
7. Khan A., McCormack H. C. et al. Childhood maltreatment, depression, and suicidal ideation: critical importance of parental and peer emotional abuse during developmental sensitive periods in males and females. *Frontiers in Psychiatry*. 2015. Vol. 6.
8. Lipari R. et al. Suicidal thoughts and behavior among adults: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health. *NSDUH Data Review*, 2015.
9. Mueller A. S., Abrutyn S. et al. The Social Roots of Suicide: Theorizing How the External Social World Matters to Suicide and Suicide Prevention. *Front Psychol.*, 2021. 31. 621–569.
10. Wyman P. A. Developmental approach to prevent adolescent suicides: Research pathways to effective upstream preventive interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 2014. 47(3 Suppl 2). S. 251–S256.

Холмогорова А.Б., Пуговкина О.Д.

МНОГОФАКТОРНАЯ МОДЕЛЬ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ: ФАКТОРЫ РИСКА И ФАКТОРЫ-ПРОТЕКТОРЫ

ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»,
Москва

Аннотация: Представлены задачи, дизайн и основные итоги цикла исследований, посвященных эмпирическому обоснованию комплексной психосоциальной модели суицидального поведения детей, подростков и молодежи, а также апробированный в pilotажных исследованиях методический комплекс, направленный на скрининговую оценку факторов риска и факторов протекторов по отношению к суицидальному поведению.

Ключевые слова: суицидальное поведение, системные многофакторные модели суицидального поведения, психологические факторы риска, факторы-протекторы, подростки, молодежь.

Kholmogorova A. B., Pugovkina O. D.

MULTIFACTORIAL MODEL OF SUICIDAL BEHAVIOR IN CHILDREN, ADOLESCENTS AND YOUTH – RISK FACTORS AND PROTECTIVE FACTORS

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia

Abstract. A series of studies has been conducted on the empirical substantiation of a complex psychosocial model of suicidal behavior in children, adolescents and youth. The objectives, design and main research results are presented, as well as a methodological package tested in pilot studies aimed at screening assessment of risk factors and protective factors in relation to suicidal behavior.

Keywords: suicidal behavior, psychological risk factors, protective factors, adolescents, youth.

В условиях роста 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. Такая модель должна учитывать актуальную социокультурную ситуацию развития молодого поколения.

Основаниями для разработки такой модели в настоящем исследовании послужили анализ неблагоприятных эпидемиологических тенденций, социodemографических клинических факторов суицидального поведения в этих

возрастных группах, теоретических системных моделей суицидального поведения, а также актуального культурно-исторического контекста [1].

В опоре на методологию системного подхода и оригинальную психосоциальную модель расстройств аффективного спектра были выдвинуты ряд гипотез о действии факторов, играющих по отношению к суицидальному поведению противонаправленную роль – факторы риска, с одной стороны, и факторы – буферы, играющие протективную роль по отношению к риску суицидального поведения. Оригинальность предлагаемой модели составляет выделение таких факторов – протекторов, которые представляют собой ресурсы и мишени профилактической психологической помощи. По аналогии с многофакторной моделью расстройств аффективного спектра, модель риска суицидального поведения включает на разных уровнях следующие факторы риска: 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 самоэффективности, дисфункциональные стратегии совладания со стрессом); 4) интерперсональный (неспособность к сотрудничеству и дружбе, конкурентность, социальная изоляция и переживание одиночества). К факторам протекторам на семейном уровне относятся доверительные отношения, поддержка субъектности ребенка родителями, разумный уровень требований к ребенку; на индивидуально-личностном – субъектная позиция в учебной деятельности, гибкие и адаптивные стратегии совладания со стрессом, достаточные эмоциональный интеллект и коммуникативные навыки, на интерперсональном – кооперативность, наличие доверительных связей, интерес к общению оффлайн, достаточный уровень социальной поддержки и другие.

Для эмпирической проверки модели был проведен цикл исследований в детских, подростковых и юношеских выборках (популяционных и клинических) был сформирован и апробирован методический комплекс, направленный на оценку факторов – протекторов и факторов риска суицидального поведения. В рамках проекта были обследованы популяционные и клинические группы детей, подростков и студенческой молодежи общей численностью более 400 человек (из них более 150 пациентов с расстройствами аффективного спектра и/или суицидальной попыткой в анамнезе и более 250 подростков и лиц юношеского возраста из общей популяции).

В цикле пилотажных исследований апробирован психодиагностический комплекс, который позволяет точно и компактно выявлять группы риска среди детей, подростков и молодежи, и вести мишенеориентированную профилактику эмоциональной дезадаптации и суицидального риска. Оригинальность и научную новизну выстраиваемой объяснительной модели суицидального поведения связана с учетом социокультурного контекста и выделением факторов риска и факторов протекторов по отношению к суицидальному риску.

Список литературы

1. *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.: Издательство ФГБОУ ВО МГППУ, 2024. – 208 с.*

*Хомчук М.А., Чистякова Н.П., Руданова Ю.В., Самсоненко Ю.В.,
Дружкова И.С., Кузьмина Т.В.*

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ В САНКТ- ПЕТЕРБУРГЕ В 2021-2024 ГОДАХ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Санкт-Петербургу»
Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации,
Санкт-Петербург*

Аннотация. В последние годы в Санкт-Петербурге наблюдается устойчивый рост показателей первичной инвалидности детей вследствие психических расстройств и расстройств поведения. Уровень инвалидности и удельный вес в структуре детской инвалидности данного контингента граждан увеличились.

Ключевые слова: ребенок-инвалид, инвалидность, психические расстройства.

*Khomchuk M. A., Chistyakova N. P., Rudanova Yu. V., Samsonenko Yu. V.,
Druzhkova I. S., Kuz'mina T. V.*

MAIN INDICATORS OF PRIMARY CHILDHOOD DISABILITY DUE TO MENTAL DISORDERS AND BEHAVIORAL DISORDERS IN ST. PETERSBURG IN 2021-2024

*Federal government institution “Main Bureau of Medical and Social Expertise
for the City of St. Petersburg” of the Ministry of Labor and Social Protection
of the Russian Federation, St Petersburg, Russia*

Abstract. In recent years, St. Petersburg has seen a steady increase in the rates of primary disability in children due to mental disorders and behavioral disorders. The level of disability and the share in the structure of childhood disability of this contingent of citizens have increased.

Keywords: disabled child, disability, mental disorders.

Цель работы. Изучение первичной детской инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения в Санкт-Петербурге по данным Главного бюро медико-социальной экспертизы в 2021-2024 годах.

Материалы и методы. Использованы данные из форм государственной статистической отчетности [формы 7-Д (собес)] о результатах первичного освидетельствования детей в возрасте до 18 лет в бюро медико-социальной экспертизы Санкт-Петербурга, а также из Федеральной государственной информационной системы «Единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система по проведению медико-социальной экспертизы» и Федеральной государственной информационной

системы «Единая централизованная цифровая платформа в социальной сфере». Методы исследования: выкопировка данных, аналитический, ретроспективный анализ, сравнительно-сопоставительный синтез.

Результаты и обсуждение. Психические расстройства и расстройства поведения занимают ведущее ранговое место в структуре первичной детской инвалидности в Санкт-Петербурге, их доля в 2024 г. составила 42,7 %.

Уровень первичной инвалидности (далее – ПИ) вследствие психических расстройств в Санкт-Петербурге превышает среднероссийские показатели: 2021 г. – 8,5; 2022 г. – 9,1; 2023 г. – 10,8, 2024 г. – 10,7 на 10 тысяч детского населения (таблица 1) [1, 2].

В 2024 г. в структуре ПИ вследствие психических расстройств по возрасту преобладала возрастная группа от 4 до 7 лет, их доля составила 61,2 %, а уровень – 27,9 на 10 000 детей. Дети в возрасте от 8 до 14 лет составили 22,3 %, от 0 до 3 лет – 10,5 %, от 15 до 17 лет – 6,0 %. В динамике за 2021–2024 гг. в возрастной группе 15–17 лет существенных изменений удельного веса не наблюдалось. В тоже время, доля детей в возрастной группе 0–3 года увеличилась в 1,5 раза (с 6,9 % в 2021 г. до 10,5 % в 2024 г.), тогда как доля детей в возрастной группе с 4 до 7 лет уменьшилась (с 65,7 % в 2021 г. до 61,2 % в 2024 г.). Данная динамика показателя численности может свидетельствовать об эффективности диагностики и оказания ранней помощи детям с психическими расстройствами в Санкт-Петербурге [3, 4]. Вместе с тем, уровень ПИ увеличился во всех возрастных группах, кроме группы от 8 до 14 лет (таблица 2).

В структуре ПИ вследствие психических расстройств по полу преобладали мальчики (в 2,8 раз), причем с возрастом доля мальчиков уменьшается: 0–3 года – 79,0 %; 4–7 лет – 73,6 %; 8–14 лет – 73,5 %; 15–17 лет – 73,3 % (таблица 3).

С учетом стойкости и степени выраженности нарушений психических функций организма, эффективности проведенных реабилитационных или абилитационных мероприятий, реабилитационного потенциала и прогноза при первичном освидетельствовании возможно установление категории «ребенок–инвалид» на срок 1 год, 2 года и до достижения возраста 18 лет [5]. Если инвалидность наступила вследствие раннего детского аутизма и иных расстройств аутистического спектра, то категория «ребенок–инвалид» может быть установлена на срок 5 лет либо до достижения возраста 18 лет [6, 7].

Чаще всего в 2021–2024 гг. ПИ устанавливалась на срок 2 года (рисунок 1).

При этом имеется отчетливая тенденция к установлению ПИ на более длительный срок. Если в 2021 г. категория «ребенок–инвалид» устанавливалась сроком на 1 год в 38,5 % случаев, то в 2024 г. – лишь в 16,9 %. Доля же экспертных решений, на основании которых инвалидность установлена на 2 года, возросла с 40,6 % до 54,4 %. В 2 раза возросла доля граждан, признанных инвалидами на срок 5 лет (с 7,8 % до 15,9 %). На срок до достижения возраста

Таблица 1
Уровень первичной детской инвалидности вследствие психических расстройств в Санкт-Петербурге и в Российской Федерации (на 10 тыс. детского населения)

Классы болезней	Годы							
	2021		2022		2023		2024	
	СПб	РФ	СПб	РФ	СПб	РФ	СПб	
Психические расстройства и расстройства поведения	8,5	7,2	9,1	8,1	10,8	9,6	10,7	
Всего	22,0	24,3	23,4	26,0	26,8	29,5	24,9	

Таблица 2
Первичная инвалидность у детей с учётом возраста в Санкт-Петербурге за 2021–2024 гг. (абс. число, %, уровень)

Психические расстройства и расстройства поведения	Всего			0–3 года			4–7 лет			8–14 лет			15–17 лет		
	абс. число	%	уровень	абс. число	%	уровень									
2021 год	816	38,5	8,5	56	6,9	2,4	536	65,7	20	181	22,2	5,4	43	5,2	3,5
2022 год	883	38,6	9,1	77	8,7	3,4	549	62,2	20,5	220	24,9	6,1	37	4,2	3
2023 год	1011	40,5	10,8	91	9,0	4,6	622	61,5	26,8	244	24,1	6,5	54	5,4	4,1
2024 год	1001	42,7	10,7	105	10,5	5,5	613	61,2	27,9	223	22,3	5,7	60	6,0	4,5

18 лет при первичном освидетельствовании категория «ребенок–инвалид» устанавливалась в среднем за 4 года в 12,4 % случаев.

Потребности детей, признаваемых инвалидами вследствие психических расстройств и расстройств поведения, в мерах реабилитации или абилитации очень высоки.

При анализе полученных данных выявлено, что в 100,0 % случаев детям–инвалидам рекомендуются мероприятия по медицинской реабилитации, в 98,7 % – мероприятия социальной реабилитации. Особенно показательна

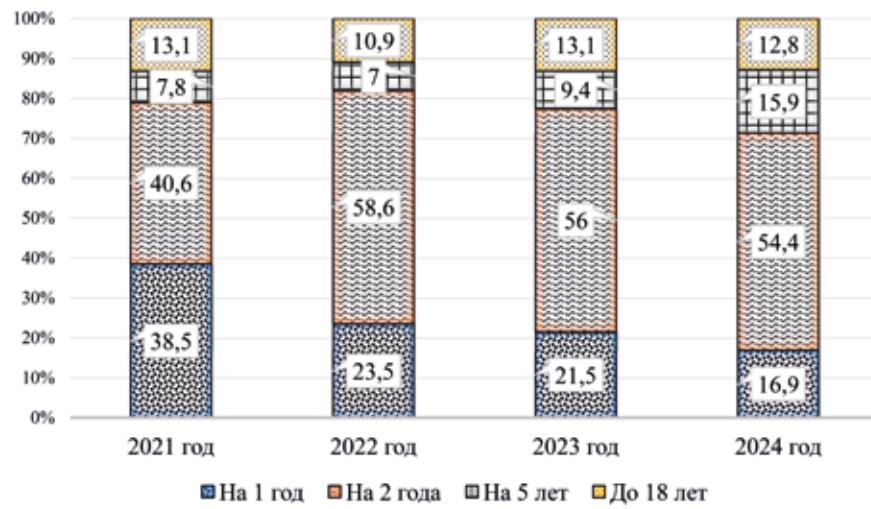


Рис. 1. Структура ПИ вследствие психических расстройств в зависимости от срока инвалидности в Санкт-Петербурге за 2021–2024 гг. (%)

Таблица 3
Первичная инвалидность у детей с учётом возраста и пола в Санкт-Петербурге за 2021–2023 гг. (абс. число, %, уровень)

Психические расстройства и расстройства поведения	Всего		0-3 года		4-7 лет		8-14 лет		15-17 лет			
	абс. число	мальчики, %	девочки, %	абс. число	мальчики, %	девочки, %	абс. число	мальчики, %	девочки, %	абс. число	мальчики, %	девочки, %
2021 год	816	73,5	26,5	56	76,8	23,2	536	74,5	25,5	181	75,7	24,3
2022 год	883	72,7	27,3	77	75,3	24,7	549	25,5	25,5	220	70,9	29,1
2023 год	1011	75,5	24,5	91	73,6	26,4	622	75,1	24,9	244	76,6	23,4
2024 год	1001	74,1	25,9	105	79,0	21,0	613	73,6	26,4	223	73,5	26,5

Таблица 4
Структура TCP в ИПРА детей, впервые признанных инвалидами вследствие психических расстройств

Категория TCP за счет средств федерального бюджета	Частота встречаемости рекомендаций по TCP (%)
Трости опорные и тактильные, костыли, опоры, поручни	0
Кресла-коляски с ручным приводом (комнатные, прогулочные, активного типа), с электроприводом и аккумуляторные батареи к ним, малогабаритные	0,2
Протезы и ортезы	1,1
Ортопедическая обувь	1,1
Противопролежневые матрацы и подушки	0,1
Приспособления для одевания, раздевания и захвата предметов	0,1
Специальная одежда	0,2
Специальные устройства для чтения «говорящих книг», для оптической коррекции слабовидения	0
Собаки-проводники с комплектом снаряжения	0
Медицинские термометры и тонометры с речевым выходом	0
Сигнализаторы звука световые и вибрационные	0,2
Слуховые аппараты, в том числе с ушными вкладышами индивидуального изготовления	0,2
Телевизоры с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами	0
Телефонные устройства с функцией видеосвязи, навигации и с текстовым выходом	0
Голосообразующие аппараты	0
Специальные средства при нарушениях функций выделения (моче- и калоприемники)	17,6
Абсорбирующее белье, подгузники	17,6
Кресла-стулья с санитарным оснащением	0,2

потребность данной категории граждан в мерах психолого-педагогической реабилитации: в среднем вышеуказанныя потребность выявляется лишь у 54,3 % от всех детей, признанных инвалидами вследствие любой патологии, тогда как у детей с нарушениями психических функций – в 92,4 %.

Вместе с тем, потребность в технических средствах реабилитации (далее – TCP) относительно небольшая. Так, лишь в 18,6 % случаев индивидуальные программы реабилитации или абилитации детей-инвалидов (далее – ИПРА) содержат рекомендации по TCP, выдаваемых инвалидам за счет средств федерального бюджета (таблица 4).

Преимущественно потребность в ТСР у детей–инвалидов вследствие психических расстройств возникает в абсорбирующем белье (подгузники, впитывающие простины) и специальных средствах при нарушениях функций выделения (очиститель для кожи, защитная пленка).

Выводы: уровень первичной детской инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения за 2021–2024 гг. увеличился и превысил среднероссийские показатели прошлых лет. Наиболее часто первичная инвалидность устанавливается детям в возрасте 4–7 лет, в структуре первичной инвалидности по полу превалируют мальчики. Наблюдается тенденция к увеличению срока инвалидности при первичном освидетельствовании детей, что, вероятно, связано с изменением действующего законодательства Российской Федерации в области медико-социальной экспертизы. Отмечается высокая потребность детей–инвалидов вследствие психических расстройств в реабилитационных (абилитационных) мероприятиях.

Список литературы

1. *Состояние и динамика инвалидности, комплексная реабилитация и абилитация инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации: доклад ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации / под ред. М. А. Дымочки. Москва: ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, 2021. 436*
2. *Дымочка М. А. Динамика уровня первичной инвалидности, вследствие основных классов болезней среди детского населения Российской Федерации за 2019-2020 гг. (информационно-аналитический материал) / М. А. Дымочка, М. А. Шкурко, Н. Б. Веригина [и др.] // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2021. – № 3. – С. 8–20.*
3. *Основы теории и практики комплексной медико-социальной реабилитации: Руководство в пяти томах / МЗ РФ, ФГБОУ ВО «Московский гос. мед.-стоматологический ун-т им. А. И. Евдокимова, ФГБОУ ДПО «Российская мед. акад. последипломного образования», ФГБОУ ВО «Первый Московский гос. мед. ун-т им. И. М. Сеченова»; под ред. А. И. Осадчих, С. Н. Пузина, Е. Е. Ачкасова. – Москва: Литтерра. – Т. V: Реабилитационно-технические и нормативно-правовые аспекты реабилитологии [Е. Е. Ачкасов, Э. Н. Безугллов, О. Т. Богова и др.]. – 2020. – 507 с.*
4. *Науменко, Л. Л. Особенности медико-социальной экспертизы детей раннего возраста - критерии и условия установления категории «ребенок-инвалид» детям первых 3 лет жизни (методическое пособие) / Л. Л. Науменко // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2017. – № 4. – С. 63–79.*
5. *Постановление Правительства Российской Федерации от 5 апреля 2022 г. № 588 «О признании лица инвалидом» (с изменениями и дополнениями) // Гарант.ру: информационно-правовой портал. – М.: НПП «Гарант-сервис», 2022. URL: <https://base.garant.ru/403829132/?ysclid=lsw3du98q2240434440> (дата обращения: 20.02.2024).*
6. *О внесении изменений в Правила признания лица инвалидом: постановление Правительства РФ от 29 марта 2018 года № 339 // Собрание законодательства Российской Федерации. 2018. № 15. С. 2114*
7. *Чистякова, Н. П. Подходы к дименсиональной оценке синдрома аутизма в детском возрасте / Н. П. Чистякова, Н. Г. Травникова, Е. В. Родин // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сборник научных статей. – Минск: ООО «Колорград», 2021. – С. 416–419.*

ПРЕДИКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ В РАМКАХ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ¹;
ГБУЗ «Областная клиническая специализированная психоневрологическая
больница» № 1², г. Челябинск

Аннотация. Суицидальное поведение и завершенные суицидальные попытки у подростков, в том числе страдающих психотическими расстройствами, занимают одно из ведущих мест по уровню летальности среди всех причин смерти в данной возрастной группе. Понимание индивидуальных и социальных факторов риска, таких как наличие предшествующих попыток самоубийства, выраженность депрессивной симптоматики, злоупотребление психоактивными веществами, а также социальная изоляция и генетическая предрасположенность, позволит психиатрам разрабатывать более целеправленные и персонализированные подходы к лечению.

Ключевые слова: первый психотический эпизод, суицидальное поведение, биопсихосоциальный подход.

Chinarev V.A.^{1,2}, Malinina E. V.¹

PREDICTORS OF SUICIDAL BEHAVIOR IN ADOLESCENTS WITH A FIRST PSYCHOTIC EPISODE WITHIN THE FRAMEWORK OF THE BIOPSYCHOSOCIAL APPROACH

South Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation¹;
Regional Clinical Specialized Neuropsychiatric Hospital No. 1², Chelyabinsk, Russia

Abstract. Suicidal behavior and completed suicide attempts among adolescents, including those with mental health conditions, are among the leading causes of death in this age group. By understanding individual and social risk factors such as previous suicide attempts, severity of depressive symptoms, substance use, social isolation, and genetic predisposition, psychiatrists can develop more targeted and personalized treatment plans.

Keywords: first psychotic episode, suicidal behavior, biopsychosocial approach.

Суицидальное поведение среди подростков с первым психотическим эпизодом (ППЭ) представляет собой серьезную проблему в области современной психиатрии. Согласно эпидемиологическим данным, до 15% пациентов этой группы совершают суицидальную попытку в течение первых двух лет после дебюта психоза, а суициды остаются ведущей причиной смерти среди данной популяции [9]. Несмотря на прогресс в изучении психотических расстройств, механизмы, связывающие ППЭ с суицидальным риском, остаются недостаточ-

но изученными, затрудняя разработку эффективных превентивных подходов в терапии.

Факторы риска, ассоциированные с аутоагрессивным поведением при психотических расстройствах, остаются предметом научной дискуссии. Многие значимые предикторы суицидального поведения (например, аффективные расстройства, личные утраты, суицидальный анамнез, злоупотребление психоактивными веществами (в особенности кокаином и стимуляторами), а также депрессивная симптоматика) отражают сходство с таковыми в общей популяции [6]. Однако при психотических расстройствах выявлены дополнительные, нозоспецифичные факторы риска, к которым относят:

Страх психической дезинтеграции – субъективное переживание утраты контроля над мышлением и идентичностью.

Психомоторное возбуждение и тревога – состояния, усиливающие импульсивность.

Низкая приверженность терапии – отказ от приема антипсихотических средств, приводящий к рецидивам.

Ранний дебют заболевания – положительная корреляция между молодым возрастом манифестации и повышенным риском суицида.

Цель исследования: систематизация клинических, психосоциальных и биологических предикторов суицидального поведения у подростков с ППЭ на основе анализа современных научных данных.

Результаты. Проблема суицидального поведения у подростков с психотическими расстройствами остается актуальной и недостаточно изученной, что связано с противоречивостью данных, представленных в различных исследованиях. Особый интерес вызывает вопрос о периоде наибольшего риска суицида. Согласно ряду исследований, пик суицидального риска приходится на ранние стадии заболевания, особенно в течение первого года после манифестации психоза. Другие авторы уточняют, что наиболее опасным является период в течение одного-двух месяцев после первого обращения пациента за психиатрической помощью [1].

Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что от 15 до 26% пациентов с ППЭ совершают как минимум одну попытку суицида в период первичного взаимодействия с системой здравоохранения.

Суицидальное поведение у подростков с ППЭ представляет собой мультифакторный феномен, требующий интегративного анализа через призму биопсихосоциальной модели (см. Рис.1), что подтверждается рядом исследований [3]. На биологическом уровне ключевыми предикторами выступают генетическая предрасположенность, связанная с полиморфизмами генов серотониновой системы (например, 5-HTTLPR), которые модулируют эмоциональную реактивность и импульсивность, дисфункция гипоталамо-

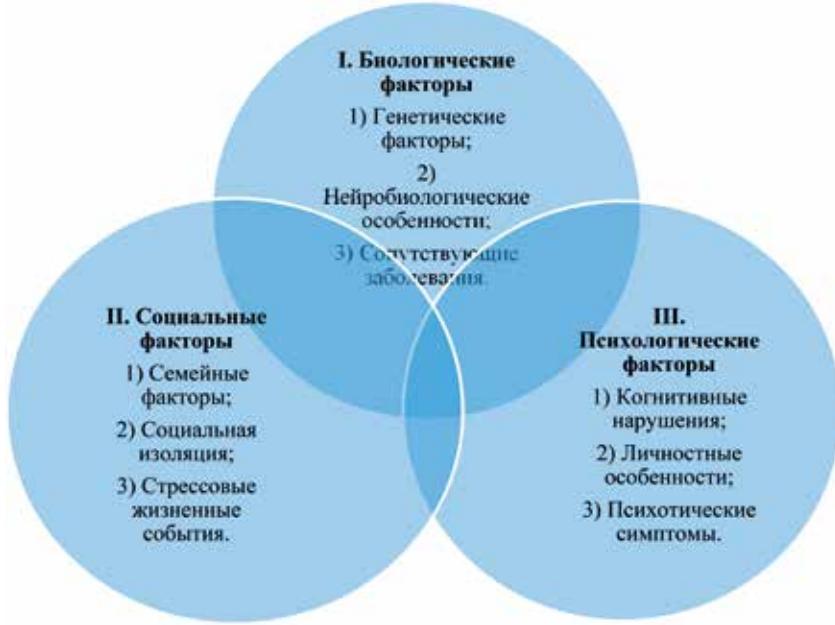


Рис. 1. Биологические, социальные и психологические факторы риска суицидального поведения

гипофизарно-надпочечниковой (ГГН) оси, проявляющаяся в гиперкортизолемии и усилении стрессовой уязвимости (Mondelli et al., 2010), а также нейровоспалительные процессы, ассоциированные с повышенным уровнем провоспалительных цитокинов (IL-6, TNF- α), коррелирующих с когнитивным дефицитом и аффективной лабильностью. Злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ), особенно стимуляторами и каннабисом, усугубляет позитивную симптоматику и снижает контроль над импульсивными действиями, повышая риск суицидальных попыток в 2–3 раза [2, 4].

На психологическом уровне центральную роль играют когнитивные искажения, включая катастрофизацию прогноза заболевания («страх психической дезинтеграции»), который формирует экзистенциальный кризис и чувство безнадёжности, а также коморбидные аффективные расстройства: депрессивные эпизоды с ангедонией и суицидальными мыслями выявляются у 60–70% пациентов с ППЭ, причём их тяжесть прямо коррелирует с риском суицида. Когнитивный дефицит в доменах исполнительных функций и эмоционального интеллекта, характерный для ранних стадий психоза, ограничивает способность к решению проблем и усиливает восприятие бесперспективности [5].

Социальные предикторы включают структурные факторы: урбанизацию, ассоциированную с социальной изоляцией и ограниченным доступом к психиатрической помощи, стигматизацию, ведущую к задержке обращения за помощью и отказу от терапии, а также дисфункциональные семейные паттерны, такие как высокая экспрессивная эмоциональность (критицизм, враждебность), которая усиливает стресс и провоцирует рецидивы [7].

Преморбидная дезадаптация, включая низкую академическую успеваемость и социальную изоляцию до манифестации психоза, служит независимым предиктором суицидального поведения, отражая кумулятивное воздействие стресса на нейропластичность [8].

Важным медиатором выступает приверженность лечению: нерегулярный приём антипсихотиков повышает риск суицида в 4 раза из-за учащения рецидивов и нарастания депрессивной симптоматики, тогда как когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) и семейные интервенции снижают суицидальный риск на 30–40%, корректируя дисфункциональные убеждения и улучшая коммуникацию [10].

Нейробиологические маркеры, такие как снижение объёма гиппокампа и префронтальной коры, выявленные методами нейровизуализации, ассоциированы с нарушением регуляции эмоций и усилением суицидальных тенденций. Подростковый возраст как критический период нейроразвития усугубляет уязвимость: гормональные изменения, социальное давление и формирование идентичности взаимодействуют с нейрокогнитивным дефицитом, повышая риск импульсивных действий [3].

Заключение. Таким образом, суицидальное поведение при ППЭ возникает на стыке биологических (генетика, нейровоспаление), психологических (когнитивный дефицит, сопутствующая депрессия) и социальных (стигма, семейный дисфункция) факторов, что требует комплексных профилактических подходов, включающих раннее выявление групп риска, психофармакотерапию с акцентом на аффективную симптоматику, а также мультидисциплинарные программы социальной реинтеграции [7]. Перспективным направлением являются разработка цифровых инструментов мониторинга суицидального риска на основе анализа речевых паттернов и активности в социальных сетях [2].

Список литературы

1. Ayesa-Arriola R. et al. Dissecting the functional outcomes of first episode schizophrenia spectrum disorders: a 10-year follow-up study in the PAFIP cohort //Psychological medicine. – 2021. – Т. 51. – №. 2. – С. 264-277.
2. Coppersmith D. D. L. et al. Just-in-time adaptive interventions for suicide prevention: Promise, challenges, and future directions //Psychiatry. – 2022. – Т. 85. – №. 4. – С. 317-333.

3. Faraji P. et al. First-Episode & Early Psychosis in Transition-Age Youth // *Transition-Age Youth Mental Health Care: Bridging the Gap Between Pediatric and Adult Psychiatric Care.* – 2021. – C. 277-310.
4. Fusar-Poli P. et al. Preventive psychiatry: a blueprint for improving the mental health of young people // *World Psychiatry.* – 2021. – T. 20. – №. 2. – C. 200-221.
5. Hernández-Díaz Y. et al. Association between polymorphisms of FKBP5 gene and suicide attempt in a Mexican population: A case-control study // *Brain research bulletin.* – 2021. – T. 166. – C. 37-43.
6. Kleiman E. M., Glenn C. R., Liu R. T. The use of advanced technology and statistical methods to predict and prevent suicide // *Nature reviews psychology.* – 2023. – T. 2. – №. 6. – C. 347-359.
7. Petros R. et al. Scoping review of cannabis-reduction psychosocial interventions and reasons for use among young adults with psychosis // *Journal of Dual Diagnosis.* – 2023. – T. 19. – №. 2-3. – C. 124-150.
8. Ropaj E. et al. Are negative beliefs about psychosis associated with emotional distress in adults and young people with such experiences? A meta-analysis // *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice.* – 2021. – T. 94. – C. 242-267.
9. Seeman M. V. Does gender influence outcome in schizophrenia? // *Psychiatric Quarterly.* – 2019. – T. 90. – №. 1. – C. 173-184.
10. Watanabe S. et al. Association between early mobilization in the ICU and psychiatric symptoms after surviving a critical illness: a multi-center prospective cohort study // *Journal of Clinical Medicine.* – 2022. – T. 11. – №. 9. – C. 2587.

Шевченко Ю. С.

**ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ –
«КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ГЛУПЫЕ» П. Б. ГАННУШКИНА
И «КОНФОРМНЫЕ» А. Е. ЛИЧКО**

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, Москва

Аннотация. В разработке проблемы «психопатий» основное внимание традиционно уделяется эмоциональной и волевой детерминантам социальной дезадаптации. В стабильных условиях лица с сохранным «социальным интеллектом», но личностной незрелостью и когнитивной пассивностью, оказываются наиболее адаптированными. Обсуждается влияние бездумного конформизма на динамику самого общества в периоды социальных потрясений.

Ключевые слова: психопатии, конформизм, примативность, социальная дезадаптация, диссоциальность – гиперсоциальность.

Shevchenko Yu.S.

**HISTORY AND MODERNITY – “CONSTITUTIONALLY STUPID”
BY P.B. GANNUSHKIN AND “CONFORMING” BY A.E. LICHKO**

Russian Medical Academy of Continuing Professional Education of the Ministry of Health of the Russia, Moscow, Russia

Abstract. In the development of the problem of “psychopathies”, the main attention is traditionally paid to the emotional and volitional determinants of social disadaptation. In stable conditions, persons with preserved “social intelligence”, but personal immaturity and cognitive passivity, turn out to be the most adapted. The influence of thoughtless conformism on the dynamics of society itself in periods of social upheaval is discussed.

Keywords: psychopathies, conformism, primativity, social disadaptation, Dissociability – hypersociality.

Современный мир характеризуется выраженной и все нарастающей динамичностью экологических, социально-политических, экономических и культурных условий жизни человека. Радикальные количественные и качественные изменения окружающей среды предъявляют повышенные требования к психическому здоровью. Это проявляется ростом пограничных психических расстройств и прежде всего среди лиц с изначально дисгармоничным психическим складом (определенным как «психопатия» или «расстройство личности»), которые и в более спокойные и стабильные времена легко декомпенсировались в силу несоответствия своего характера социальным требованиям, нагрузкам и ограничениям [4, 10].

Вместе с тем, для общества в целом «плохая стабильность», особенно если она сочетается с пусть даже смутной надеждой на лучшее, предпочтительнее «эпохи перемен» [3, 13]. Есть основания предполагать, что после окончания Отечественной войны и вплоть до 90-х годов XX века естественные микролебания социального «гомеостаза» в нашей стране мало влияли на категорию лиц с психопатией, обозначенной как «группа конституционально-глупых», для которых ситуация общей стабильности и тем более стагнации является как раз той, где они лучше всего приспосабливаются, благодаря присущим их натуре конформизму и консерватизму.

Эта группа описана Петром Борисовичем Ганнушкиным [2], лично прошедшим через потрясения Первой Мировой войны, трех Революций, Военного Коммунизма, Гражданской войны, гонений на Церковь, введения, расцвета и отмены НЭПа, начала принудительной индустриализации, коллективизации сельского хозяйства, культурной революции и прочих социальных катаклизмов, которые он квалифицировал как «травматическую эпидемию» всего населения России. П. Б. Ганнушкин [2] наблюдал этих людей и рисовал их психические портреты «с натуры», а также в сравнении с описаниями великих коллег-современников, в частности Э. Блейлера [1]. Последний, как известно, выделял примыкающих к психопатам лиц с «салонным слабоумием» (по Horhe), с «относительным слабоумием», характеризующихся «неясностью мышления», «несоответствием между стремлением и пониманием», «больных с неясными понятиями», но «в известных отношениях, являющихся психологами по инстинкту», что позволяет им находить адаптивную социальную нишу.

Не вполне удачное название данной клинической группы обусловило тот факт, что с течением времени эта патохарактерологическая категория выпала из сферы практических и научных интересов психиатров, хотя «официально» никем не отменялась. Более того, ее представители неоднократно представлялись в качестве легко узнаваемых литературных, сценических и кинематографических персонажей с иронично-нарицательными именами. Реальность существования данной типологии и неслучайность её названия подтверждается такими издавна существующими в народном лексиконе определениями как «придурок», «полудурок», «дурковатый», «дурында», «дурилка», «недоумок», «тутика», «некумека», «пустоголов», «шпаргалка» и др., отражающими разные нюансы ограниченной интеллектуальной состоятельности.

С другой стороны, сохраняющееся до сих пор положение об интактности интеллекта и его предпосылок изначально никогда не считалось абсолютным. И это обоснованно как в смысле возможности существования смешанных и переходных форм патологии, так и в смысле все более ухудшающейся экологии постиндустриальной «эры антропоцен», негативно воздействующей на всю биологию человека, в том числе на нейроанатомическую, нейрофизио-

логическую и нейропсихологическую организацию его интеллектуальной сферы [12, 14]. Однако история изучения психопатий указывает на преимущественное сосредоточение интересов исследователей на патохарактерологическом (эмоционально-волевом) аспекте данной проблемы и о гораздо меньшем внимании к роли интеллекта в социальной дезадаптации, являющейся кардинальной составляющей «психопатической триады» [2, 5].

Хотя, вопрос о том, почему, в отличие от большинства умственно полноценных людей, психопатические личности при формально сохранным (а, порой, и высоком) интеллекте не обучаются на своих прежних ошибках и регулярно «наступают на одни и те же грабли», наверняка приходил в голову многим исследователям. Это нашло отражение в современных национальных и международных классификациях. В частности, в обеих версиях МКБ-10 [8, 16] присутствуют указания на актуальность когнитивной сферы в формировании личностной аномалии. Имеются в виду «процессы восприятия и мышления» в отечественной версии классификации; «характер восприятия и интерпретации предметов, людей и событий; формирование отношений и образов «я» и «другие» её характеристики – в оригинальной версии. В последней [16] подчеркивается, что для диагностики личностного расстройства типы внутренних переживаний и поведения индивидуума в целом должны существенно отклоняться от культурально ожидаемого и принимаемого диапазона (или «нормы»), как минимум в двух из четырех следующих сфер: когнитивной; эмоциональной; волевой; социально-коммуникативной. Соответственно этому, когнитивная сфера может быть, как относительно «интактной» по отношению тем или иным дисгармоничным характерологическим комплексам, лежащим в основе «расстройств зрелой личности», так и обуславливать своей аномальностью как минимум три варианта характерологически-личностной аномалии (в сочетании с эмоциональным, волевым и/или социально-коммуникативным компонентом). Соответственно, дефицитарность, ущербность когнитивной сферы может определять, к примеру, эмоционально-зависимый, неустойчиво-волевой или конформно-гиперсоциальный конгломераты, а также смешанные и переходные типы. В каждом из них рационально-личностные (сознательно-произвольные) детерминанты индивидуального, репродуктивного и социального поведения явно подчиняются инстинктивно-«автопилотным» (природно-психическим).

Встает вопрос о сущности когнитивного «вклада» в такого рода аномалию, его преимущественно уровневое, динамическое или содержательное качество. Приведенные ВОЗовские дефиниции подчеркивают последнее, акцентируясь на «восприятии», «мышлении», «интерпретации», «формировании образов», игнорируя два первых качества когнитивной сферы. В то же время, под «глупостью» понимается, прежде всего, недостаточный уровень понятливости,

четкости мышления и/или его продуктивности. Сочетание уровневой и динамической недостаточности когнитивной сферы сопровождается безнадежным «народным» диагнозом: «Дурак и уши холодные».

Логично предположить, что молчаливое игнорирование выделенной П. Б. Ганнушкиным психопатической группы «конституционально-глупые» и близкой ей «конформной» группы акцентуантов (по А. Е. Личко [7]) – есть, по сути, проявление нормального (внешнего) конформизма, «рациональной конформности» (по Г. Сонгу и соавт. [15]) их коллег, живших в известных социально-государственных условиях XX века. Близость «конформных» и «конституционально глупых» не случайна. Ведь для того, чтобы подражать (*conformis от позднелат.* – «подобный», «сообразный») – задумываться совсем не обязательно. В этих случаях срабатывает «иррациональная конформность» [15], или стадное поведение, – это поведение, которое субъект проявляет, находясь под воздействием интуитивных, социально-инстинктивных процессов в результате влияния чужого поведения или отношения. Оно же и наиболее экономичное в отношении физической и умственной энергии (за тебя думает вожак и защищает вся стая, а для того, чтобы вести себя как все, «не высываясь», большого ума не требуется). Думать приходится, когда пытаешься возражать общему мнению или, когда привычно, инфантильно-имитативно ориентироваться оказывается не на кого.

Филогенетическая основа конформизма прослеживается в поведении всех социальных животных и обязательно реализуется в раннем онтогенезе гоминид, включая человека. На базе доминирования именно этого инстинкта формируется акцентуация характера конформного типа (по А. Е. Личко), «ахиллесовой пятой» которой является необходимость формулировки собственного мнения и выбора стиля поведения в ситуациях социальной нестабильности и «раскола» в обществе [13]. Следует подчеркнуть, что и «конституциональная-глупость» в описании П. Б. Ганнушкина и «конформность» в трактовке А. Е. Личко рассматриваются преимущественно в контексте макросоциального поведения, а не микросоциального, ограничивающегося рамками семьи или референтной группы, где дефицит разумности и самостоятельности также может приобретать аномальные и декомпенсирующие формы. Однако, трудовой коллектив – это не дворовая компания (с давней и устойчивой иерархией), на выборах человек голосует не за собственную мать (к которой может быть симбиотически привязан, что, кстати, не исключает диагноза аутистической психопатии), а на массовый митинг выходит не из-за проблем с собственной супругой или супругом (от которого порой находится в полной психологической зависимости). Микросоциальная (домашне-бытовая) адаптация-дизадаптация, реализующая обобщенные инстинкты самосохранения и сохранения рода, базирующаяся на истории детско-родительских отношений и актуальности

ситуационно-личностного уровня онтогенеза общения (по М. И. Лисиной [6]) определяется гармоничностью-дисгармоничностью индивидуально-психологической структуры индивида, т.е. его характера. Аномалии соответствующего типа имеют представительство в современных психиатрических классификациях – «Зависимое расстройство личности» (F60.7 по МКБ-10). Макросоциальная (внедомашняя) адаптация-дизадаптация (реализующая обобщенные инстинкты сохранения вида и «экологический» инстинкт, базирующаяся на истории становления Я и действующая внеситуационно-личностный уровень онтогенеза общения) определяется уравновешенностью разумно-инстинктивного баланса. У взрослого человека это проявляется доминированием сформировавшегося нравственно-мировоззренческого уровня психической индивидуальности, доступного для нормальной зрелой личности, либо сохранением наивно-инфантального, бездумно-подражательного стереотипа социального поведения, характерного для большинства детей и подростков. Последнее не следует путать с «рациональной конформностью» в качестве компромиссного личностно-логического выбора или с «рационализацией» характерологического выбора, защищающего зрелую личность от мук совести. Промежуточное место занимает ситуативная «примативность» (по А. И. Протопопову и А. В. Вязовскому [9]) интеллектуально полноценного человека, не задумывающегося об отдаленных последствиях своего сиюминутного эмоционального выбора («На всякого мудреца довольно простоты»).

Напомним, что лобная кора, отвечающая за разумно-волевую (наиболее энергичную) саморегуляцию в норме окончательно созревает только к 23-25 годам жизни [11]. Стало быть, почти весь предшествующий возраст выбор между долговременно-разумными и кратковременно-инстинктивными программами поведения во многом определяется изначальным, природно-психическим (включающим инстинкты, влечения, низшую аффективность, темперамент) балансом в его конституции, сохранностью генетической программы психического развития и полноценностью нейроонтогенетических механизмов мозгового функционирования, а также условиями жизни, воспитания и социализации [10]. Но и у любого взрослого человека закон экономии энергии может обусловить «легкомысленные», «необдуманные», «несерьезные», «незрелые» поступки. Личностно-рациональный выбор поведения (присущий зрелой личности) иллюстрируется известной фразой Аристотеля: «Платон мне друг, но истина дороже», тогда как характерологический выбор соответствует английской пословице: «Друзья познаются в преступлении». Иллюстрацией отличия личностного выбора от характерологического служит выражение: «Не за страх, а за совесть». Осмысленное следование каждому из этих императивов в конкретной культурно-исторической ситуации может, как способствовать социальному принятию, так и вредить ему. Термин «при-

мативность» (первоначальность) обозначает степень средней приоритетности инстинктивно-обусловленных практических поступков в сравнении с приоритетностью поступков, обусловленных рассудочными умозаключениями. Он не синонимичен «уровню интеллекта» или «брутальности». Речь идет о тяготении практических поведенческих актов влево или вправо относительно шкалы ИНСТИНКТЫ – РАССУДОК [9, 14].

Аномальные же представители макросоциально адаптированной (в стабильных условиях) группы, представленной «конституционально глупыми конформистами» (личностно не зрелыми, но с высоким «социальным интеллектом»), в рамках МКБ могли бы фигурировать как alter ego «Диссоциальному расстройству личности» (F 60.2) и, при определенных оговорках, обозначены шифром «Гиперсоциальное расстройство личности» (или входить в эту рубрику в качестве подгруппы – «макросоциально-зависимая личность»).

Поскольку человеческое общество – система несовершенная и динамическая (со своим фило- и онтогенезом), в нем всегда будут существовать преобразовательные механизмы (совершенствующие настоящее и устремленные в будущее) и механизмы консервативные, защищающие гомеостаз (с его «пережитками прошлого») от радикальных изменений, способных привести не только к процветанию, но и к развалу. Крайние носители этих макросоциальных механизмов (с их потенциальными угрозами в форме революций и застоя), составляют два диалектически взаимодействующих лагеря «думающей» гиперсоциальности. Гиперсоциальность же «конституционально-глупых» и «конформных» совсем иного рода. Она не является продуктом когнитивного напряжения (пусть даже искаженного), а выступает в первичном единстве с инстинктом самосохранения, следует не за идеейной убежденностью, а за примером толпы. Она не напряженно-произвольна, а безвольно-бездумна, автопилотно-прагматична (в соответствии с метафорой «чужой колеи» из известной песни В. Высоцкого). Конформист «эго-сintonический» (носитель «внутреннего конформизма») искренне чувствует себя «продуктом общества» и конгруэнтно придерживается установленной «колеи». Такая форма конформизма не несет угрозы заражения инакомыслием, а, стало быть, не представляет общественной опасности. Более того, она работает на сохранение *status quo* и является гораздо предпочтительнее для лидеров как тоталитарных, так и тоталитарно-демократических обществ (в которых идеология заменена искусно управляемым «общественным мнением») в сравнении с разумной (а, тем более, паранойяльной) гиперсоциальностью. Астеничные представители группы примативных (инстинктивно-бездумных) конформистов обывательски «плывут по течению», сливаясь с «общей массой» добропорядочных граждан, стеничные – становятся неуемными «дураками с инициативой», непробиваемыми бюрократами, начальниками-самодурами, дуболомными

проповедниками и проводниками очередного «курса партии» и официальной политики. В связи с этим, ни «конституционально-глупые», ни «конформные» не являются социальным заказом для психиатрических классификаций [10, 12]. Таким образом, отсутствие места в официальной психиатрической номенклатуре не означает отсутствия самого феномена сочетания конформизма (присущего в той или иной степени любому человеку, как общественному существу) и бездумности (в виде неспособности и/или нежелания критически мыслить) [10, 13].

Именно эти, живущие чужим умом «обезличенные» конформные индивиды наиболее подвержены «эффекту толпы», легче других становятся жертвой массового процесса (способного достигать степени индуцированного психоза), возглавляемого харизматическим лидером, вождем и всецело поглощающего «несамостоятельного» человека, заражающего его то общим ликованием, то сумасбродной паникой, то эйфорическим героизмом, то неконтролируемой жестокостью. При этомвшенная уверенность в принадлежности к «правому большинству» делает их не только первичными реципиентами гипнотизирующего чужого влияния, но и искренними ко-индукторами, переносчиками заражающего «настроения масс», радикальной пропаганды, «общественного мнения» распространяемого средствами массовой информации [10, 13]. Это ничуть не противоречит их природному консерватизму, поскольку определяющим является не рационально-мировоззренческая принадлежность к большинству, а инстинктивное ощущение таковой. Так, рыба, оказавшаяся между двумя «каноническими стаями», мгновенно присоединяется к той, что выглядит большей, поскольку инстинкт самосохранения обуславливает в этом случае больший шанс выживания.

Список литературы

1. Bleuler E. Руководство по психиатрии. Берлин.: Врач, 1920. 542 С.
2. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, система-тика. М. Север, 1933. 128 С.
3. Гилинский Я. И., Румянцева Г. М. Основные тенденции динамики самоубийств в России. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.narcom.ru/ideas/socio/28.html#Дата> обращения: 03.11.2012.
4. Казаковцев Б. А., Алиев М. А., Букреева Н. Д., Трушелёв С. А., Семенова Н. Д. Первичная заболеваемость и первичная инвалидность при психических расстройствах. Этнокультуральный фактор. Психическое здоровье. 2018; 16 (7); 12-21.
5. Кербиков О. В. Избранные труды. М.: Медицина. 1971. 312 С.
6. Лисина М. И. Проблемы онтогенеза общения. М.: Педагогика, 1986. 145 С.
7. Личко А. Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. М.: ИОИ, 2016. 336 С.

8. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. / Перевод на русский язык под редакцией: Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. Всемирная организация здравоохранения. Россия СПб.: АДИС, 1994. 303 С.
9. Протопопов А.И., Вязовский А.В. Инстинкты человека: (попытка описания и классификации). Якутск: Компания Дани Алмас, 2011. 144 С.
10. Самохвалов В.П. Социальная психология и психиатрия – основы социальной психопатологии. В кн.: Социальная психопатология. Под ред. В.П. Самохвалова. – М.: Издательский дом Видар. М, 2018: С. 15-40.
11. Свааб Дик. Мы – это наши мозг: от матки до Альцгеймера / Пер. с нидерл.-СПб.: Изд-во Ивана Лимбаха, 2014. 544 С.
12. Томас Ханна. Восстание тел: основы соматического мышления. М.: ИОИ, 2016. 280 С.
13. Шевченко Ю.С. «Конституционально-глупые» и «Конформные»: сегодняшний взгляд на забытую тему (эссе). //Психическое здоровье. №10, 2020.-с. 75-82.
14. Шевченко Ю.С. Этологические и социобиологические механизмы психопатологических расстройств: ключевые понятия. В кн.: Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели). Под ред. проф. Ю.С. Шевченко. М.: ООО Медицинское информационное агентство, 2018. С. 12-55.
15. Song G., Ma Q., Wu F., Li L. The Psychological Explanation of Conformity. *Social Behavior & Personality: an International Journal*. 2012; 40 (8): 1365-1372.
16. World Health Organisation. [The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research](#). — Jeneva. —World Health Organization Geneva 1993: 263 р.

Шова Н.И., Большакова А.К., Михайлов В.А.

ХАРАКТЕР МИКРОСОЦИАЛЬНОГО ОКРУЖЕНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ ИДЕАЦИЙ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева», Санкт-Петербург

Аннотация. Эпилепсия в подростковом возрасте часто приводит к социальной изоляции, затруднениям в учебе и сложностям в общении. Основным фактором, способствующим успешной адаптации таких пациентов, являются внутрисемейные взаимоотношения.

Ключевые слова: эпилепсия, суицид, семейное окружение, физическое насилие, психологическое насилие.

Shova N.I., Bolshakova A.K., Mikhailov V.A.

THE CHARACTERISTICS OF MICROSOCIAL ENVIRONMENT AS A RISK FACTOR FOR THE FORMING OF SUICIDAL IDEATIONS IN ADOLESCENT EPILEPTIC PATIENTS

Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology,
St Petersburg, Russia

Summary. Epilepsy in adolescence often leads to social isolation, learning difficulties and communication difficulties. The main factor contributing to the successful adaptation of these patients is family relationships.

Keywords: epilepsy, suicide, family environment, physical violence, psychological violence.

Введение. Больные эпилепсией в подростковом возрасте особенно уязвимы перед социальной стигматизацией, ограничениями в обучении и сложностями в межличностных отношениях [2]. Ведущая роль в социальной адаптации пациентов принадлежит микросоциуму, а именно внутрисемейным взаимоотношениям. Социальная депривация, эмоциональное отторжение способствует формированию суицидального поведения среди подростков [4]. У больных эпилепсией риск значительно выше, ввиду не только основных характеристик заболевания, но и также в связи с изменениями в модели взаимоотношения между родителем и ребенком.

Цель исследования – выявить влияние особенностей семейной структуры и характера внутрисемейных отношений на формирование суицидальных идеаций у больных с эпилепсией.

Материалы и методы. Было обследовано 112 пациентов с эпилепсией: 1 группа – пациенты с суициальными мыслями (n=41), 2 группа – без таковых (n=71). В ходе исследования использовалось клиническое интервьюирование с оценкой семейной структуры и характера внутрисемейных отношений.

Результаты. Среди пациентов 2 группы 95,8% (n=68) имели полную семью, в 1 группе лишь 61% (n=25) пациентов воспитывались в полной семье, 31,7% (n=13) – в неполной семье (p=0,01). Практически все пациенты 2 группы (97,2%; n=69) имели гармоничные отношения в семье, в то время как в 1 группе 39% (n=16) пациентов назвали отношения в семье дисгармоничными (p≤0,01). Суициальное поведение среди родственников встречалось у 34,1% (n=14) пациентов 1 группы и лишь у 1,4% (n=1) во 2 группе (p>0,05). Среди пациентов 1 группы отмечался более высокий уровень пережитого физического и психологического насилия (p≤0,01).

Заключение. Полученные результаты согласуются с данными исследований о значительной роли семейной структуры и качества внутрисемейных отношений в формировании суициальных мыслей у пациентов с эпилепсией [1]. Неполные семьи и дисгармоничные отношения ассоциированы с более высоким уровнем суициальных идеаций. В семьях пациентов с суициальными мыслями чаще встречается подобное поведение у их родственников [3], что также подтвердилось в нашем исследовании. Данные аспекты необходимо учитывать при разработке программ психосоциальной поддержки и профилактики суицидов у пациентов с эпилепсией, особенно в юношеском возрасте, когда формируются копинг-стратегии поведения.

Список литературы

1. Batchelor R., Taylor M. D. *Young adults with epilepsy: Relationships between psychosocial variables and anxiety, depression, and suicidality* // *Epilepsy Behavior*. 2021. Vol. 118. P. 107911.
2. Nimmo-Smith V., Brugha T. S., Kerr M. P., McManus S., Rai D. *Discrimination, domestic violence, abuse, and other adverse life events in people with epilepsy: Population-based study to assess the burden of these events and their contribution to psychopathology* // *Epilepsia*. 2016. Vol. 57(II). P. 1870-8.
3. Thompson M. P., Kingree J. B., Lamis D. *Associations of adverse childhood experiences and suicidal behaviors in adulthood in a U. S. nationally representative sample* // *Child: Care, Health and Development*. 2019. Vol. 45(I). P. 121-8.
4. Wang Y. R., Sun J. W., Lin P. Z., Zhang H. H., Mu G. X., Cao F. L. *Suicidality among young adults: Unique and cumulative roles of 14 different adverse childhood experiences* // *Child Abuse Neglect*. 2019. Vol. 98. P. 104183.

СПИСОК АВТОРОВ

1. Аблова Е.А., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина», Санкт-Петербург
2. Авакян Т. В., ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы», Москва
3. Агранович З. Е., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина», Санкт-Петербург
4. Алексеева А. М., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина», Санкт-Петербург
5. Алигаева Н. Н., Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Калужский государственный университет им. К. Э. Циолковского», г. Калуга, Россия
6. Андреева Е. Ю., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина», Санкт-Петербург
7. Андреева Ю. В., Башкирский государственный педагогический университет им. М. Акмуллы, г. Уфа, Россия
8. Бадалов А. А., Межгосударственная образовательная организация высшего образования Кыргызско-Российский Славянский университет имени первого Президента Российской Федерации Б. Н. Ельцина, Бишкек, Кыргыстан
9. Байкеев Р. Ф., ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Россия
10. Басова А. Я., ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ, Москва
11. Батлук Ю. В., Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург
12. Беккер Р. А., Университет им. Давида Бен-Гуриона в Негеве, Беэр-Шева, Израиль
13. Березанцев А. Ю., ГБУЗ Московской области «Центральная клиническая психиатрическая больница им. Ф. А. Усольцева», Москва
14. Берёзкин Д. В., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина», Санкт-Петербург
15. Близнец Е. Н., ГУЗ «Гомельская центральная городская детская клиническая поликлиника» Филиал №3, г. Гомель, Республика Беларусь
16. Блюфарб Н. М., ЛДМЦ «АКСИС», Москва
17. Больщакова А. К., ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург
18. Бочарова И. А., ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург

19. **Бочаров А.В.**, ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова», Санкт-Петербург
20. **Быкова А.Ю.**, Ставропольский государственный медицинский университет, г. Ставрополь, Россия
21. **Быков Ю.В.**, Ставропольский государственный медицинский университет, г. Ставрополь, Россия
22. **Быкова Е. В.**, частная практика, Санкт-Петербург
23. **Бычковский Д.А.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина»; ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, Санкт-Петербург
24. **Важнова У.А.**, ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы», Москва
25. **Виндорф С.А.**, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский Университет» МЗ РФ; СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница», Санкт-Петербург
26. **Волкова Е.Н.**, Федеральный научный центр психологических и междисциплинарных исследований, Москва
27. **Волчкова Т.Ф.**, ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы», Москва
28. **Воронина О.И.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина», Санкт-Петербург
29. **Вяхирева В.М.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина», Санкт-Петербург
30. **Ганузин В.М.**, Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярославль, Россия
31. **Гаюрова Ю.А.**, СПб ГБУ центр социальной помощи семье и детям Приморского района Санкт-Петербурга, Санкт-Петербург
32. **Глазкова Т.Н.**, Областное ГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», г. Тамбов, Россия
33. **Глинкина Л.С.**, НИУ ВШЭ, СПб ГКУ «Санкт-Петербургский информационно-аналитический центр», Санкт-Петербург
34. **Голубкова Н.В.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина», Санкт-Петербург
35. **Грасс С.В.**, ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ, Москва
36. **Горьковая И.А.**, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский Университет» МЗ РФ, Санкт-Петербург
37. **Данилова Е.Л.**, УЗ «Витебский областной клинический центр психиатрии и наркологии», г. Витебск, Республика Беларусь
38. **Дейч Р.В.**, ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы»
39. **Дементьева Е.А.**, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский Университет» МЗ РФ; частная практика, Санкт-Петербург
40. **Денисова Е.А.**, ГБУЗ Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Астрахань, Россия
41. **Добровольская А.Е.**, ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»; СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И. И. Скворцова-Степанова», Санкт-Петербург
42. **Добряков И. В.**, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург
43. **Дружкова И. С.**, ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Санкт-Петербургу» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Санкт-Петербург
44. **Дьяченко Е. В.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина, Санкт-Петербург
45. **Евазова И. Т.**, ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы», Москва
46. **Епифанов А.Ю.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина, Санкт-Петербург
47. **Ерышова Н. В.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина, Санкт-Петербург
48. **Женевская Н. А.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина, Санкт-Петербург
49. **Злоказова М. В.**, Кировский государственный медицинский университет, г. Киров, Россия
50. **Иващенко Д. В.**, ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва
51. **Иголкина Н. Г.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина, Санкт-Петербург
52. **Ипатова К. А.**, ФГБОУ ВО СПб «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург
53. **Исаева Е. Р.**, ФГБОУ ВО СПб «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

54. **Кадис Л.Р.**, БФ «Центр святителя Василия Великого», Санкт-Петербург
55. **Капланская И.Л.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина, Санкт-Петербург
56. **Карташева М. В.**, Центр изучения расстройств пищевого поведения, Москва
57. **Кастальская-Бороздина А. А.**, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, Москва
58. **Кесян К.Л.**, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, Москва
59. **Кидяева А. В.**, Институт персонализированной психиатрии и неврологии, Центр общего пользования, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава России; Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца, Санкт-Петербург
60. **Кислых Э.А.**, Центр психолого-педагогической поддержки и развития детей, г. Воронеж, Россия
61. **Клименкова Е. Н.**, ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва
62. **Козловская Л. И.**, ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова», Санкт-Петербург
63. **Комарова А. Н.**, ФГБОУ ВО СПб «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург
64. **Константинова М. Р.**, ГБУЗ Московской области «Центральная клиническая психиатрическая больница им. Ф. А. Усольцева», Москва
65. **Кузавков А. В.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина, Санкт-Петербург
66. **Кузнецова Е. С.**, Главное управление Федеральной службы исполнения наказаний по Красноярскому краю, г. Красноярск, Россия
67. **Кузнецова-Фетисова А. А.**, ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г. Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы»; ФГБОУ ВО МГППУ «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва
68. **Кузьмина Т. В.**, ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Санкт-Петербургу» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации
69. **Кузьмина Т. И.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина, Санкт-Петербург
70. **Кулясова Д. О.**, ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г. Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы», Москва
71. **Куринов И. А.**, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, Москва
72. **Куркова Е. С.**, СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница»; ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург
73. **Ловчикова Е. Г.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина», Санкт-Петербург
74. **Логачева А. А.**, Областное ГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», г. Тамбов, Россия
75. **Лозинская Е. И.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина», Санкт-Петербург
76. **Лупоносова О. А.**, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, Москва
77. **Луценко А. М.**, Российский государственный гуманитарный университет, Москва
78. **Малинина Е. В.**, ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск, Россия
79. **Манузина А. М.**, ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г. Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы», Москва
80. **Маргошина И. Ю.**, СПб ГАОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы», Санкт-Петербург
81. **Мартынова Е. В.**, УЗ «Витебский областной клинический центр психиатрии и наркологии», г. Витебск, Республика Беларусь
82. **Медведев Д. П.**, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, Санкт-Петербург
83. **Медвинская Э. Т.**, СПб ГАОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы», Санкт-Петербург
84. **Михайлов В. А.**, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург
85. **Москачева М. А.**, ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва
86. **Набатов И. Ф.**, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург
87. **Насырова Р. Ф.**, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава России; Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца, Санкт-Петербург; Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул, Россия

88. **Николаева О.Е.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина», Санкт-Петербург
89. **Оганесян В.А.**, Российской государственный гуманитарный университет, Москва
90. **Онучина А.В.**, МОУ средняя общеобразовательная школа с углублённым изучением отдельных предметов №1, г. Советск, Россия
91. **Орлова А.А.**, Федеральный научный центр психологических и междисциплинарных исследований, Москва; ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина», Санкт-Петербург
92. **Павлова Л.Б.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина»; ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, Санкт-Петербург
93. **Паша В.Н.**, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, Санкт-Петербург
94. **Пашковский В.Э.**, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург
95. **Пилявская О.И.**, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра, г. Челябинск, Россия
96. **Пинкевич О.Ю.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина», Санкт-Петербург
97. **Положенцева Н.В.**, ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы», Москва
98. **Польская Н.А.**, ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г. Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы», Москва
99. **Полякова О.Б.**, Центр психологии развития, Москва
100. **Попова Т.В.**, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, Москва
101. **Потапова Е.А.**, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, Санкт-Петербург
102. **Пуговкина О.Д.**, ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва
103. **Прокопович Г.А.**, ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»; СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И. И. Скворцова-Степанова», Санкт-Петербург
104. **Резаков А.А.**, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, Санкт-Петербург
105. **Решетова Т.В.**, ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова», Всероссийский волонтерский проект психологической помощи населению «МыРядом 2020», Санкт-Петербург
106. **Розанов В.А.**, Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург
107. **Романов А.М.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина», Санкт-Петербург
108. **Романовская М.В.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина», Санкт-Петербург
109. **Рояло К.В.**, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский Университет» МЗ РФ; ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина», Санкт-Петербург
110. **Руданова Ю.В.**, ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Санкт-Петербургу» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Санкт-Петербург
111. **Самсоненко Ю.В.**, ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Санкт-Петербургу» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Санкт-Петербург
112. **Семакина Н.В.**, Кировский государственный медицинский университет, г. Киров, Россия
113. **Сергиенко А.А.**, ФГБНУ Научный центр психического здоровья, Москва
114. **Сивак А.С.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина, Санкт-Петербург
115. **Собур В.В.**, ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ, Москва
116. **Соколова Н.Н.**, ГБУЗ Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Астрахань, Россия
117. **Сычев Д.А.**, ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва
118. **Софронов А.Г.**, ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»; СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И. И. Скворцова-Степанова», Санкт-Петербург
119. **Степанова А.Н.**, Всероссийский волонтерский проект психологической помощи населению «МыРядом 2020», Москва
120. **Стомова Т.В.**, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И. И. Скворцова-Степанова», Санкт-Петербург
121. **Суханова М.О.**, Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва
122. **Тарасов Н.И.**, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, Москва

123. **Тарханов В.С.**, ГБУЗ Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Астрахань, Россия
124. **Терехова В.М.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина», Санкт-Петербург
125. **Тихонов С.В.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина», Санкт-Петербург
126. **Уллубиева Н.С.**, Всероссийский волонтерский проект психологической помощи населению «МыРядом 2020», Санкт-Петербург
127. **Фесенко Ю.А.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина; ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, Санкт-Петербург
128. **Холмогорова А.Б.**, ФГБО ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва
129. **Хомчук М.В.**, ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Санкт-Петербургу» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Санкт-Петербург
130. **Чинарев В.А.**, ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; ГБУЗ «Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница» № 1, г. Челябинск, Россия
131. **Чистякова Н.П.**, ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Санкт-Петербургу» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Санкт-Петербург
132. **Чуканова А.В.**, ГБУ «Московская служба психологической помощи населению» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы, Москва
133. **Шашкина С.И.**, ФГБНУ Научный центр психического здоровья, Москва
134. **Шевченко Ю.С.**, ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва
135. **Шишкин И.В.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина», Санкт-Петербург
136. **Шова Н.И.**, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург
137. **Якубовская Д.К.**, ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г. Е. Сухаревой» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва
138. **Янгляева А.М.**, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, Москва

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

Аблова Е. А.	18	Ганузин В. М.	104
Авакян Т. В.	22	Гаюрова Ю. А.	110
Агранович З. Е.	26	Глазкова Т. Н.	194
Алексеева А. М.	26	Глинкина Л. С.	117
Алигаева Н. Н.	31	Голубкова Н. В.	122
Андреева Е. Ю.	16	Горьковая И. А.	127
Андреева Ю. В.	36	Грасс С. В.	130
Бадалов А. А.	40	Данилова Е. Л.	211
Байкеев Р. Ф.	42	Дейч Р. В.	96
Басова А. Я.	130	Дементьева Е. А.	132
Батлук Ю. В.	44	Денисова Е. А.	316
Беккер Р. А.	46, 73, 79	Добровольская А. Е.	272
Березанцев А. Ю.	51	Добряков И. В.	134, 298
Берёзкин Д. В.	57	Дружкова И. С.	325
Близнец Е. Н.	63	Дьяченко Е. В.	99
Блюфарб Н. М.	67		
Большакова А. К.	345	Евазова И. Т.	22
Бочаров А. В.	272	Епифанов А. Ю.	138
Бочарова И. А.	144	Ерышова Н. В.	99
Быкова А. Ю.	46, 73, 79		
Быкова Е. В.	132	Женевская Н. А.	122
Быков Ю. В.	46, 73, 79		
Бычковский Д. А.	223, 238	Важнова У. А.	22
		Виндорф С. А.	85
		Волкова Е. Н.	90
		Волчкова Т. Ф.	96
		Воронина О. И.	99
		Вяхирева В. М.	99
		Злоказова М. В.	144
		Иващенко Д. В.	130
		Иголкина Н. Г.	185
		Ипатова К. А.	147
		Исаева Е. Р.	182

Кадис Л. Р.	154	Набатов И. Ф.	144
Капланская И. Л.	311	Насырова Р. Ф.	168
Карташева М. В.	159	Николаева О. Е.	223
Кастальская-Бородина А. А.	166		
Кещян К. Л.	192		
Кидяева А. В.	168	Оганесян В. А.	203
Кислых Э. А.	170	Онучина А. В.	227
Клименкова Е. Н.	175	Орлова А. А.	90, 233
Козловская Л. И.	177		
Комарова А. Н.	182	Павлова Л. Б.	238
Константинова М. Р.	51	Паша В. Н.	266
Кузавков А. В.	185	Пашковский В. Э.	223
Кузнецова Е. С.	187	Пилявская О. И.	244
Кузнецова-Фетисова А. А.	246, 253	Пинкевич О. Ю.	233
Кузьмина Т. В.	325	Положенцева Н. В.	96
Кузьмина Т. И.	311	Польская Н. А.	246, 253
Кулясова Д. О.	246	Полякова О. Б.	259
Куринов И. А.	192	Попова Т. В.	192
Куркова Е. С.	85	Потапова Е. А.	266
		Прокопович Г. А.	272
Ловчикова Е. Г.	185	Пуговкина О. Д.	322
Логачева А. А.	194		
Лозинская Е. И.	197	Резаков А. А.	275
Лупаносова О. А.	192	Решетова Т. В.	282
Луценко А. М.	203	Розанов В. А.	44, 288
		Романов А. М.	296
Малинина Е. В.	332	Романовская М. В.	16, 134, 298, 319
Манузина А. М.	246	Рояло К. В.	127, 238
Маргошина И. Ю.	209	Руданова Ю. В.	325
Мартынова Е. В.	211		
Медведев Д. П.	223	Самсоненко Ю. В.	325
Медвинская Э. Т.	209, 217	Семакина Н. В.	144
Михайлов В. А.	345	Сергиенко А. А.	306
Мнухин С. С.	7	Сивак А. С.	311
Москачева М. А.	175	Собур В. В.	130
		Соколова Н. Н.	316
		Софронов А. Г.	272
		Степанова А. Н.	282

Стомова Т. В.	272	Холмогорова А. Б.	322
Суханова М. О.	159	Хомчук М. А.	325
Сычев Д. А.	130	Чинарев В. А.	332
		Чистякова Н. П.	325
		Чуканова А. В.	159
Тарасов Н. И.	192		
Тарханов В. С.	316	Шашкина С. И.	306
Терехова В. М.	147	Шевченко Ю. С.	130, 337
Тихонов С. В.	18	Шишкин И. В.	122
		Шова Н. И.	345
Уллубиева Н. С.	282		
		Якубовская Д. К.	246
Фесенко Ю. А.	16, 134, 298, 319	Янглева А. М.	192

СОДЕРЖАНИЕ

Мнухин С.С. О ГРАНИЦАХ ШИЗОФРЕНИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. (КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ ЛЕНИНГРАДСКОГО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА).....	7
Романовская М. В., Фесенко Ю. А., Андреева Е. Ю. ПАМЯТИ ЮРИЯ ВАСИЛЬЕВИЧА ПОПОВА.....	16
Аблова Е. А., Тихонов С. В. ПРОБЛЕМЫ В СФЕРЕ ДОСУГОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ).....	18
Авакян Т. В., Евазова И. Т., Важнова У. А. СРАВНЕНИЕ СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ ВЫРАЖЕННОСТИ ШКОЛЬНОГО СТРЕССА У ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ И БЕЗ НЕГО.....	22
Алексеева А. М., Агранович З. Е. ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ МАЛЬЧИКОВ 7–11 ЛЕТ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ДЕТСКОЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ СТАЦИОНАРНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ.....	26
Алигаева Н. Н. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАСТОЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ИГРЫ «НА ГРАНИ» ДЛЯ СНИЖЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПОДРОСТКОВ.....	31
Андреева Ю. В. СИТУАЦИЯ УСПЕХА КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ.....	36
Бадалов А. А. ДИСФУНКЦИЯ АССОЦИАТИВНЫХ ОБЛАСТЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА КАК НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕДИКТОР ФОРМИРОВАНИЯ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ И СУИЦИДАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ.....	40
Байкеев Р. Ф. Батлук Ю. В., Розанов В. А. НЕКОТОРЫЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДРОСТКОВ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ.....	44

Беккер Р. А., Быков Ю. В., Быкова А. Ю. ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ МОЗГА В ПАТОГЕНЕЗЕ СУИЦИДАЛЬНОСТИ У ПОДРОСТКОВ (ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ И МИНИ-ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	46
Березанцев А. Ю., Константинова М. Р. ПОДРОСТКОВЫЙ СУИЦИД И ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ САМОСОЗНАНИЯ.....	51
Берёзкин Д. В. РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ И СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК У ПОДРОСТКОВ С НЕСУИЦИДАЛЬНЫМИ САМОПОВРЕЖДЕНИЯМИ.....	57
Близнец Е. Н. ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ КАК ПРЕДПОСЫЛКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ.....	63
Блюфарб Н. М. ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДОВ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ.....	67
Быкова А. Ю., Быков Ю. В., Беккер Р. А. НЕЙРОВОСПАЛЕНИЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ СУИЦИДАЛЬНОСТИ ПРИ ПОСТКОВИДНОЙ ДЕПРЕССИИ У ДЕВУШКИ-ПОДРОСТКА (ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ И МИНИ-ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	73
Быков Ю. В., Быкова А. Ю., Беккер Р. А. ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ И КЕТАМИН В КУПИРОВАНИИ ОСТРОЙ СУИЦИДАЛЬНОСТИ У ПОДРОСТКА (ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ И МИНИ-ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	79
Виндорф С. А., Куркова Е. С. САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ НАРКОПОТРЕБИТЕЛЕЙ.....	85
Волкова Е. Н., Орлова А. А. ЦИФРОВОЕ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ: НОВЫЙ ВИД ПОДРОСТКОВОЙ АУТОДЕСТРУКЦИИ.....	90
Волчкова Т. Ф., Положенцева Н. В., Дейч Р. В. ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ.....	96
Воронина О. И., Вяжирева В. М., Дьяченко Е. В., Ерышова Н. В. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ПРИЗНАКИ, ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА.....	99

Ганузин В.М. ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ МЫСЛЯМИ И ПОПЫТКАМИ САМОУБИЙСТВА СРЕДИ ДЕТЕЙ	104
Гаюрова Ю.А. ДЕСТРУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК ПРОБЛЕМА РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ	110
Глинкина Л.С. ДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНЫХ РИСКОВ В ЦИФРОВОЙ СРЕДЕ: МЕТОДОЛОГИЯ МОНИТОРИНГА	117
Голубкова Н.В., Женевская Н.А., Шишкин И.В. ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	122
Горыкова И.А., Рояло К.В. САМОРЕГУЛЯЦИЯ ПРИ НИЗКОМ И ВЫСОКОМ УРОВНЯХ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ	127
Грасс С.В., Собур В.В., Басова А.Я., Шевченко Ю.С., Сычев Д.А., Иващенко Д.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ФАРМАКОТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНОГО ЭПИЗОДА У ПОДРОСТКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАКТА СУИЦИДАЛЬНОЙ ПОПЫТКИ	130
Дементьева Е.А., Быкова Е.В. ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ, ПРИБЕГАЮЩИХ К САМОПОВРЕЖДЕНИЯМ	132
Добряков И.В., Романовская М.В., Фесенко Ю.А. ПАТОЛОГИЯ ВЛЕЧЕНИЙ: ОСНОВНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В МКБ-10 И МКБ-11	134
Епифанов А.Ю. СПЕКТРАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ГОЛОСА КАК ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД В ПСИХОДИАГНОСТИКЕ: ПРЕОДОЛЕНИЕ ФЕНОМЕНА СОЦИАЛЬНОЙ ЖЕЛАТЕЛЬНОСТИ И ЭФФЕКТА ОБУЧЕНИЯ В СКРИНИНГЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ И ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	138
Злоказова М.В., Семакина Н.В., Набатов И.Ф., Бочарова И.А. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ ПОСЛЕ СОВЕРШЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНОЙ ПОПЫТКИ	144

Ипатова К.А., Терехова В.М. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДРОСТКОВ-НАРКОПОТРЕБИТЕЛЕЙ С САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ	147
Кадис Л.Р. ИНКОГЕРЕНТНЫЕ САМОУБИЙСТВА: В ПОИСКАХ СМЫСЛА И ЗНАЧЕНИЯ	154
Карташева М.В., Суханова М.О., Чуканова А.В. СПЕЦИФИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ: ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И ПРАКТИКА	159
Кастальская-Бороздина А.А. ПАРНЫЕ САМОУБИЙСТВА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ	166
Кидяева А.В., Насырова Р.Ф. ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ В ОПТИМИЗАЦИИ АНТИДЕПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ	168
Кислых Э.А. ПСИХОДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ	170
Клименкова Е.Н., Москачева М.А. ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ-ПРОТЕКТОРЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ ЮЖНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА	175
Козловская Л.И. ПРЕДПОСЫЛКИ И ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	177
Комарова А.Н., Исаева Е.Р. ВЗАИМОСВЯЗЬ «ДУШЕВНОЙ БОЛИ» И СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА	182
Кузавков А.В., Ловчикова Е.Г., Иголкина Н.Г. ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В СТРУКТУРЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ НА ФОНЕ РЕАКЦИИ СЕПАРАЦИИ И ЭМАНСИПАЦИИ	185
Кузнецова Е.С. «ТЕТРАДЬ САМОПОМОЩИ ПО СОВЛАДАНИЮ С ТРЕВОГОЙ, СТРЕССОМ И ГНЕВОМ ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ» КАК ИНСТРУМЕНТ РАЗВИТИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ, ПРОФИЛАКТИКИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЕ	187

Куринов И. А., Попова Т. В., Янглиева А. М., Тарасов Н. И., Лупаносова О. А., Кесян К. Л. АНАЛИЗ РАБОТЫ ДЕТСКОЙ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕГИОНАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В УСЛОВИЯХ КРИЗИСОВ НОВОГО ВРЕМЕНИ.....	192
Логачева А. А., Глазкова Т. Н. СПЕЦИФИКА РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ ФОРМ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО И АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ.....	194
Лозинская Е. И. ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ И СУИЦИДОВ.....	197
Луценко А. М., Оганесян В. А. ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОЙ КОММУНИКАЦИИ ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ.....	203
Маргошина И. Ю., Медвинская Э. Т. ВЗАИМОСВЯЗЬ АДАПТИРОВАННОСТИ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ РИСКАМИ У ПОДРОСТКОВ.....	209
Мартынова Е. В., Данилова Е. Л. ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ.....	211
Медвинская Э. Т. ЛИЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ РИСКОМ.....	217
Николаева О. Е., Медведев Д. П., Бычковский Д. А., Пашковский В. Э. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЛАДШИХ ПОДРОСТКОВ ЖЕНСКОГО ПОЛА, СОВЕРШИВШИХ НЕСУИЦИДАЛЬНЫЕ САМОПОВРЕЖДЕНИЯ.....	223
Онучина А. В. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ФОРМИРОВАНИЯ АДЕКВАТНЫХ СПОСОБОВ СОВЛАДАНИЯ С ТРУДНЫМИ ЖИЗНЕННЫМИ СИТУАЦИЯМИ У ПОДРОСТКОВ С АУТОДЕСТРУКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ (НЕСУИЦИДАЛЬНОЕ САМОПОВРЕЖДЕНИЕ).....	227
Орлова А. А., Пинкевич О. Ю. ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ГРУППОВОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ С САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ.....	233

Павлова Л. Б., Рояло К. В., Бычковский Д. А. ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕВУШЕК- ПОДРОСТКОВ 16-17 ЛЕТ С САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ.....	238
Пилявская О. И. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПОВЕДЕНЧЕСКИМ НАРУШЕНИЯМ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИМ ПСИХОСИНДРОМом.....	244
Польская Н. А., Якубовская Д. К., Кузнецова-Фетисова А. А., Кулясова Д. О., Манузина А. М. РАЗРАБОТКА ПРОТОКОЛА ЕМА ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЫБОРКЕ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПОДРОСТКОВ С НЕСУИЦИДАЛЬНЫМИ САМОПОВРЕЖДЕНИЯМИ И СУИЦИДАЛЬНЫМИ ПОПЫТКАМИ.....	246
Польская Н. А., Кузнецова-Фетисова А. А. СВЯЗЬ ДУШЕВНОЙ БОЛИ И БЕЗНАДЕЖНОСТИ С ЛИЧНОСТНЫМИ ЧЕРТАМИ У ПОДРОСТКОВ С НЕСУИЦИДАЛЬНЫМИ САМОПОВРЕЖДЕНИЯМИ ИЛИ СУИЦИДАЛЬНЫМИ ПОПЫТКАМИ.....	253
Полякова О. Б. ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ ДЕТЕРМИНАЦИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ.....	259
Потапова Е. А., Паша В. Н. КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЕ У ПОДРОСТКОВ С ЛИЧНОСТНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ: ВЛИЯНИЕ НЕСУИЦИДАЛЬНОГО САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ НА ВЫБОР СТРАТЕГИЙ.....	266
Прокопович Г. А., Стомова Т. В., Добровольская А. Е., Софронов А. Г., Бочаров А. В. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ(ОПЫТ РАБОТЫ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ).....	272
Резаков А. А. АНГЕДОНИЯ КАК ПРЕДИКТОР СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ — ИСТОРИЧЕСКИЕ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	275
Решетова Т. В., Степанова А. Н., Уллубиева Н. С. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА SELF-HARM НЕСУИЦИДАЛЬНОГО САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ.....	278

Розанов В. А. ПОЧЕМУ ПОДРОСТКИ НЕ ХОТЯТ ЖИТЬ? ЭВОЛЮЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ПОДРОСТКОВОГО СУИЦИДА.....	288
Романов А. М. СОВРЕМЕННЫЕ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ У ПОДРОСТКОВ, ПУТИ РЕШЕНИЯ.....	296
Романовская М. В., Фесенко Ю. А., Добряков И. В. ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ НАРУШЕНИИ ВЛЕЧЕНИЯ САМОСОХРАНЕНИЯ.....	298
Сергиенко А. А., Шашкина С. И. АДАПТИВНЫЕ СТРАТЕГИИ ПОВЕДЕНИЯ И УРОВЕНЬ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У ЛИЦ СО СКЛОННОСТЬЮ К ПОГРАНИЧНОМУ РАССТРОЙСТВУ ЛИЧНОСТИ.....	306
Сивак А. С., Кузьмина Т. И., Капланская И. Л. ВЛИЯНИЕ СРЕДСТВ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ И ТЕМПА СОВРЕМЕННОЙ ЖИЗНИ НА САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ.....	311
Тарханов В. С., Соколова Н. Н., Денисова Е. А. КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ СУИЦИДЕНТОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА, ПОЛУЧИВШИХ СТАЦИОНАРНУЮ ПОМОЩЬ В ДЕТСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ «ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА».....	316
Фесенко Ю. А., Романовская М. В. РАННИЕ ФАКТОРЫ РИСКА КАК ПРИЧИНА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	319
Холмогорова А. Б., Пуговкина О. Д. МНОГОФАКТОРНАЯ МОДЕЛЬ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ: ФАКТОРЫ РИСКА И ФАКТОРЫ-ПРОТЕКТОРЫ.....	322
Хомчук М. А., Чистякова Н. П., Руданова Ю. В., Самсоненко Ю. В., Дружкова И. С., Кузьмина Т. В. ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2021-2024 ГОДАХ.....	325
Чинарев В. А., Малинина Е. В. ПРЕДИКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ В РАМКАХ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА.....	332
Шевченко Ю. С. ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ – «КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО- ГЛУПЫЕ» П. Б. ГАННУШКИНА И «КОНФОРМНЫЕ» А. Е. ЛИЧКО.....	337
Шова Н. И., Большакова А. К., Михайлов В. А. ХАРАКТЕР МИКРОСОЦИАЛЬНОГО ОКРУЖЕНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ ИДЕАЦИЙ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА.....	345
СПИСОК АВТОРОВ.....	347
АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ.....	355

XXII МНУХИНСКИЕ ЧТЕНИЯ
СУИЦИДЫ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ: СОЦИАЛЬНЫЕ
И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ, ДИАГНОСТИКА,
ЛЕЧЕНИЕ, РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА

Научная конференция с международным участием
(20 марта 2025 г.)

Посвящается памяти профессора
Самуила Семеновича Мнухина

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ КОНФЕРЕНЦИИ
(СТАТЬИ И ТЕЗИСЫ)

Под общей редакцией М. В. Романовской, Ю. А. Фесенко

Сдано в набор 27.02.2025
Подписано в печать 12.03.2025
Формат 60×84 1/16. Бумага офсетная.
Печать офсетная. Усл. печ. л. 22,875.
Тираж 80 экз.
Гарнитура «Таймс»
Отпечатано в типографии
«Печатный элемент»
Тел.: (812) 378-04-66
Зак. № 03-731

Технический редактор:
Альков А. С.
Оригинал-макет подготовлен
издательским отделом
ООО «Прима Локо»,
191002, Санкт-Петербург,
Владимирский пр., д. 17,
лит «А», пом.130-Н (29)
тел./факс: +7 (931) 999-61-00
Дизайн, верстка: Альков А. С.

ISBN 978-5-6048053-9-8

© ЦВЛ Детская психиатрия, 2025
© Коллектив авторов, 2025
© Прима Локо, оформление, 2025



Амбулаторно-стационарный комплекс
СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина
(ул. Чапыгина, д. 13) летом 2017 года

ISBN 978-5-6048053-9-8