

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Рязанский государственный
медицинский университет имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

Лукашук Александр Витальевич

**СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РОДИТЕЛЕЙ ДЕВУШЕК
ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА, СОВЕРШИВШИХ
СУИЦИДАЛЬНУЮ ПОПЫТКУ (на примере Рязанской области)**

14.01.06 - Психиатрия

Диссертация

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, доцент
Алексей Владимирович Меринов

Рязань - 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
Глава 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ СУИЦИДА СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (обзор литературы).....	13
1.1. Распространенность суицидов среди молодежи в России и мире.....	13
1.2. Основные теории, объясняющие суицидальное поведение среди детей и подростков.....	18
1.3. Факторы риска суицидального поведения.....	23
1.4. Роль семейного функционирования в генезе суицидальной активности детей.....	31
Глава 2. ПРОГРАММА, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	38
2.1. Общая характеристика клинического материала.....	38
2.2. Общая характеристика методов исследования.....	41
2.2.1. Суицидологическое и клинико-психопатологическое обследование... ..	41
2.2.2. Личностно-психологические методы исследования.....	44
2.2.3. Математико-статистический анализ.....	46
Глава 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ. СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РОДИТЕЛЕЙ ДЕВУШЕК, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНУЮ ПОПЫТКУ.....	51
3.1. Суицидологические показатели ОДСП.....	51
3.2. Суицидологическая характеристика МДСП.....	58
Глава 4. ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУПП МДСП И ОДСП.....	66
4.1. Личностно-психологическая и клиническая характеристика ОДСП.....	66
4.2. Личностно-психологическая и клиническая характеристика МДСП.....	75
4.3. Обсуждение полученных результатов.....	80
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	83
ВЫВОДЫ.....	90

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ВНЕДРЕНИЯ В ПРАКТИКУ.....	91
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	92
СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА.....	118
ПРИЛОЖЕНИЕ 1 «Общий бланк опросников для родителей».....	120

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ОДСП - отцы девушек подросткового возраста, совершивших суицидальную попытку

МДСП - матери девушек подросткового возраста, совершивших суицидальную попытку

ОДнСП - отцы девушек подросткового возраста, не имеющих в анамнезе суицидальных попыток

МДнСП - матери девушек подросткового возраста, не имеющих в анамнезе суицидальных попыток

КПСН - коэффициент просуицидальной напряженности

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы суицидального поведения вообще и в детско-подростковой группе в частности обусловлена тем, что ежегодно посредством самоубийства в мире погибает около миллиона человек (Kokkevi A. et al., 2012; Patel V. et al., 2012). Показатель суицидальной активности является наиболее объективным критерием психического здоровья нации (WHO, 2001; Callear A.L. et al., 2016). К сожалению, на данный момент у лиц в возрасте от 15 до 34 лет смерть от суицида уже входит в «тройку» лидеров по причинам смерти, также существует предположение, что к 2020 году суицид станет второй причиной смерти в мире, обогнав рак и уступая только сердечно-сосудистым заболеваниям (Иванова А.Е. и др., 2011). Многие авторы отмечают, что количество самоубийств среди подростков будет расти еще быстрее, чем раньше (Старшенбаум Г.В., 2005; Badiye A. et al., 2014; Cooper C. et al., 2015; Martin P.C. et al., 2015). Предотвращение суицидов является глобальным императивом, так как самоубийства в большинстве стран являются растущей проблемой, требующей огромного количества ресурсов для их решения (Blum R. et al., 2012; Любов Е.Б., 2014; Положий Б.С., 2015; Wasserman D., 2016; Кекелидзе З.И., 2016).

Ежегодно, каждый 12 подросток в мире в возрасте 15-19 лет совершает попытку самоубийства (Spicer R., Miller T., 2000; Malone K.M. et al., 2013; Васяткина Н.Н., Меринов А.В., 2014; Cooper C. et al., 2015). Существующий рост числа самоубийств среди молодых людей и подростков во всём мире приобретает признаки эпидемии (Войцех В.Ф., 2008; Badiye A. et al., 2014; Bustamante F. et al., 2016).

К сожалению, Россия занимает одно из лидирующих мест по уровню подростковых суицидов (Златова Т.П. и др., 2010; Иванова А.Е. и др., 2011; Любов Е.Б. и др., 2012; Юсупова Г.В. и др., 2015). В ряду неотложных государственных задач, направленных на стабилизацию демографической ситуации и укрепление национальной безопасности подростковая суицидальность стоит на первых местах (Кудрявцев И.А., 2014). Только в 2015 году в России

более 700 подростков покончили с собой. Важно также учитывать, что на каждый завершённый суицид у подростков приходится до двухсот суицидальных попыток (Maris R.W., 2002) и, как минимум, половина подростков с попыткой суицида в анамнезе совершают повторный суицид (Ivarsson T. et al., 1998; Czyz E.K., King S.A., 2015). Число самоубийств у лиц подросткового возраста в Российской Федерации больше чем в три раза превышает среднемировой показатель (Wasserman D. et al., 2005; Дмитриева Н.В. и др., 2015).

Ряд авторов отмечают, что на фоне роста подростковых суицидов, показатель суицидальной активности у зрелого населения даже снижается (Розанов В.А. и др., 2012). Последние исследования дают нам следующую картину - мысли о суициде присутствуют у 11,8-14% школьников, а именно желание убить себя у 4-8,8% (Холмогорова А.Б., 2013).

Очень важным фактором, как в генезе, так и в провокации суицидального поведения принадлежит семейной «атмосфере». Речь идет как о стиле воспитания, привязанности родителей к детям, внутрисемейном климате, так и о собственной суицидальной готовности родителей, об их собственном уровне аутоагрессии (Cerel J., Roberts T.A., 2005; Brodsky B.S., 2016; Song I.H., 2016; Коган Б.М., Яшин А.А., 2017).

Все, без исключения, авторы, занимающиеся проблемой детско-подростковых суицидов, отмечают, что значительная часть подростково-суицидентов воспитывались в неблагополучных по многим признакам семьях (Клименко Т.В. и др., 2011; Ghaffari-Nejad A. et al., 2012; Ишимбаева А.Н., 2013; Зотов П.Б., 2015; Robinson W.L. et al., 2016). Так, отмечается, что около трети всех подростков, совершивших суицид, имеют родителей с наркологическими проблемами (Меринов А.В. и др., 2015). 64% суицидентов оценивают обстановку в родительской семье как деструктивную, включающую скандалы, пьянство родителей (Ишимбаева А.Н., 2013; Панченко Е.А., 2015).

Безусловно, откровенно неблагополучная семейная атмосфера, способна подтолкнуть подростка на совершение суицида. Эта мысль лежит на поверхности, но является лишь верхушкой айсберга. Самое большое количество вопросов

вызывают внешне благополучные семьи, где, казалось бы, ничего не предвещало трагедии.

В.И. Брутман (2000) с соавторами писал о том, что в абсолютном большинстве семей, столкнувшихся с суицидом своих детей, обнаружен негативный семейный паттерн, наблюдающийся в нескольких поколениях каждой данной семьи. Э. Гролман (2001) даже ввел термин «суицидогенная семья». В таких семьях суицид становится отражением эмоциональных реакций членов семьи, неспособных по-другому реагировать на стрессовую ситуацию (Labouliere C.D. et al., 2015).

Э.Г. Эйдемиллер в данном контексте высказывает мнение о патологизирующем воспитании (Эйдемиллер Э.Г. и др., 2003), то есть системе осознанных и неосознанных воспитательных действий взрослых, создающих условия для фрустрации ребенка и искажений его личностного и физического роста, которые в итоге приводят к развитию психосоматических и нервно-психических расстройств.

Немаловажным является и тот факт, что дети родителей, совершивших суицид, так же намного чаще совершают самоубийства, что, вероятно, так же можно рассматривать как крайне негативный семейный паттерн (Хорошко В.К., 1998; Cerel J., Roberts T.A., 2005; Song I.H., 2016; Conner K.R. et al., 2016). Подчеркивается, что в этом отношении более сильным фактором риска будет суицидальное поведение матери (Hung N.C., Rabin L.A. 2009; Geulayov G. et al, 2012). Кроме того, нельзя не упомянуть и об «обратной» зависимости, когда родители совершают суицид следом за детьми (Борисоник Е.В., Любов Е.Б., 2016).

Эти и многие другие факты наводят на мысль о том, что, с большой долей вероятности, существует изначальная семейная дисфункциональность родительских браков, а так же, вероятно, высокий уровень аутоагрессии родителей. И суицид самого слабого и незащищенного члена семьи является лишь отражением внутрисемейных проблем, своеобразным деструктивным паттерном, направленным на решение стрессовых ситуаций.

Таким образом, затрагиваемые в диссертационном исследовании вопросы являются актуальными и имеют большое медико-социальное значение в контексте как психиатрии в целом, так и в отношении суицидологической и психотерапевтической практик. Представляется, что качественная вторичная профилактика суицидального поведения у подростков невозможна без изучения и последующего использования семейных аутоагрессивных особенностей и моделей патологического родительства.

Степень разработанности проблемы. В отечественной и зарубежной литературе встречаются немногочисленные работы, касающиеся характеристик родителей подростков, совершивших суицидальную попытку. Большинство авторов, изучающих проблему детского суицида, отмечали высокую значимость семьи и в генезе, и в превенции суицида (Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Я., 1978; Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1978; Войцех В.Ф., 2008; Райгородский Д.Я., 2010; Geulayov G. et al, 2012; Ишимбаева А.Н., 2013; Кудрявцев И.А., 2014; Зотов П.Б., 2015; Labouliere C.D. et al., 2015; Панченко Е.А., 2015; Положий Б.С., 2015; Любов Е.Б., 2015). Имеющиеся данные представляют значительный интерес, но в основной своей массе являются лишь объективными наблюдениями констатирующего характера без параллельной оценки связи суицидального феномена с особенностями функционирования родительских семей. Все это говорит о недостаточной разработанности данной проблемы.

Цель исследования - изучение суицидологических, клинических и личностно-психологических характеристик родителей, чьи дочери подросткового возраста, совершили суицидальную попытку.

Задачи исследования:

1. Изучение суицидологических, клинических и наркологических характеристик родителей девушек подросткового возраста, совершивших суицидальную попытку.
2. Выявление суицидологически значимых личностно-психологических особенностей родителей девушек подросткового возраста, совершивших попытку самоубийства.

3. Определение преобладающего паттерна воспитания в исследуемых семьях, способного оказывать влияние на актуализацию аутоагрессивных устремлений ребенка.

4. Создание эффективной модели поственции и вторичной превенции суицидального поведения девушек-подростков, учитывающей аутоагрессивные, личностно-психологические особенности родителей, а также особенности семейного воспитания.

Научная новизна.

Впервые определена клинико-суицидологическая характеристика родителей девушек, совершивших суицидальную попытку.

Впервые изучены значимые в суицидологии личностно-психологические особенности родителей девушек, совершивших попытку самоубийства.

Впервые эти данные в совокупности позволят приблизиться к созданию «портрета» суицидогенной семьи.

Впервые, с учетом полученных данных, будут предложены направления психотерапевтического воздействия на сложившуюся ситуацию с целью изменения функционирования семьи, способные снизить риск повторного суицидального и иного аутоагрессивного поведения ребенка.

Теоретическая и практическая значимость. Результатом работы является выяснение конкретных клинико-суицидологических, наркологических, личностно-психологических характеристик родителей девушек, совершивших суицидальную попытку. Учитывая эти данные, можно оценить степень суицидального риска у девушек-подростков и понять направление необходимой психотерапевтической коррекции семейного функционирования с целью предупреждения суицидального поведения. В данном случае речь идет о работе с проблемным контингентом школьными психологами и педагогами. Данная информация будет интересна и полезна не только специалистам, оказывающим психиатрическую и психологическую помощь, но и психологам-педагогам, воспитателям и всем лицам, работающим с детьми и подростками.

Социальное значение: суициды среди подростков являются бременем для многих современных стран, и вопрос воспитания здорового молодого поколения является значимым демографическим и социально-экономическим фактором.

Методология исследования. Исследование проводилось в категориальном поле клинической психиатрии, клинической суицидологии и медицинской социологии. В области клинической психиатрии основывались на трудах О.В. Кербикова, П.Б. Ганнушкина, А.В. Снежневского, А.Е. Личко, А.С. Тиганова, Т.Б. Дмитриевой. В области клинической суицидологии - А.Г. Амбрумовой, В.Ф. Войцеха, Е.Б. Любова и Б.С. Положего.

Положения, выносимые на защиту

1. Определено, что у родителей в семьях, где дочь-подросток совершила суицидальную попытку, присутствуют яркие специфические суицидологические особенности. У них достоверно чаще обнаруживается собственная суицидальная активность в мыслях и поведении, что позволяет отнести этих родителей к группе высокого суицидального риска.
2. Выявлено преобладание у отцов и матерей девушек подросткового возраста широкой представленности несуйцидальных аутоагрессивных паттернов и предикторов саморазрушающего поведения, таких как, подверженность насилию, несчастные случаи, частая травматическая патология, постоянное чувство вины и одиночества. Кроме того, мы можем говорить о преобладании в исследуемой группе различной непсихотической психической патологии (преимущественно алкогольной зависимости, невротических расстройств и расстройств настроения).
3. Установлено, что матери и отцы экспериментальной группы демонстрируют большое количество суицидологически значимых особенностей личности, подтвержденных тестовыми методиками, способных актуализировать аутоагрессивную напряженность: это и отрицательная «Я - концепция» своей личности, неудовлетворенность большинством аспектов своей жизни, проблемы с совладанием со стрессами, пониженный уровень жизнестойкости.

4. Выявлено, что в исследуемых семьях воспитательный процесс обладает чертами формализма. Стиль воспитания соответствует гипопротекции и имеет признаки неустойчивости.
5. Установлено, что работа, направленная на превенцию суицида должна активно задействовать родителей подростка. Устраняя аутоагрессивные импульсы только у ребенка, специалисты в ряде случаев обречены на неудачу, так как внутрисемейный аутодеструктивный фон может превалировать над психотерапевтическими усилиями.

Внедрение результатов исследования. Результаты исследования внедрены в практику работы ГБУ РО «Рязанской областной клинической психиатрической больницы», используются в преподавании на кафедре психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, кафедре психиатрии и психотерапии ФДПО ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России.

Степень достоверности результатов исследования подтверждается репрезентативностью клинических выборок и применением современных статистических методов исследования.

Апробация и публикация материалов исследования. Ход и материалы исследования докладывались:

на III Молодежном медицинском форуме «**MedWAYS - перспективные научные направления - 2014**» (Москва, ПМГМУ им. И.М. Сеченова) 4-5 декабря 2014 года;

на конференции «**Актуальные проблемы психиатрии и наркологии**» (Чита) 14-15 мая 2015 года;

на научно-практической конференции «**Научное наследие профессора Б.А. Лебедева**» (Санкт-Петербург) 15-16 апреля 2015 года;

на XVI съезде психиатров России: Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «**Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы**» (Казань) 23-26 сентября 2015 года;

на всероссийской научной конференции студентов и молодых специалистов **«Актуальные вопросы современной медицины: взгляд молодого специалиста»** (Рязань) 16 сентября 2015 года;

на второй всероссийской научной конференции студентов и молодых специалистов **«Актуальные вопросы современной медицины: взгляд молодого специалиста»** (Рязань) 15-16 сентября 2016 года;

на XIII **Всероссийской школе молодых ученых** в области психического здоровья (Суздаль) 23-27 апреля 2017;

на IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием **«Мультидисциплинарный подход в терапии психических расстройств»** (Рязань) 28-28 мая 2017 года.

По результатам исследования опубликовано 18 научных работ (в том числе 4 - в журналах, рецензируемых ВАК).

Личный вклад автора. Автор самостоятельно сформулировал цель и задачи исследования, подготовил программу исследования, провел анализ множества отечественные и зарубежные публикации. Автор лично провел исследование, составил и обработал базу данных, обобщил результаты, подготовил статьи к публикации, рукописи диссертации и автореферата.

Объем и структура работы. Диссертация представлена в объеме 133 страниц машинописного текста и состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, библиографического указателя (содержащего 242 источников, из них 126 отечественных и 116 зарубежных) и приложения. Материал диссертации иллюстрирован 25 таблицами и 5 рисунками.

Глава 1

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ СУИЦИДА СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (обзор литературы)

1.1. Распространенность суицидов среди молодежи в России и мире

В первую очередь, необходимо определиться, какая же возрастная группа входит в понятие «подросток». Подростковый возраст - это период между детством и зрелостью, а подросток - это юноша или девушка в возрастном периоде от 10-12 до 17-18 лет (Покровский В.И., 1996). В связи с культуральными, соматическими, социальными, психологическими параметрами невозможно четко определить границы возраста, поэтому в большинстве стран подростковый возраст определили как промежуток от 10 до 20 лет (Райс Ф., Долджин К., 2011; Sartorius N., 2013).

Подростковый возраст является чрезвычайно опасным в отношении совершения суицидальной попытки (Malone K.M. et al., 2013; Cooper C. et al., 2015; Martin P.C. et al., 2015). До 6% подростков сообщают о совершенной суицидальной попытке за прошедший год (Lippard E.T. et al., 2014). Суицид является третьей причиной смерти в возрасте 10-17 лет, после непреднамеренных травм и убийств (Karch D.L. et al., 2013), а в возрасте от 15 до 19 лет смерть, наступившая вследствие суицида, встречается в 18,4% случаев (Альбицкий В. Ю. и др., 2010).

Ежегодно посредством суицида погибает до 2500 подростков во всем мире (Обухова Ю.Ю., 2015). И хотя существует недостаток полных глобальных эпидемиологических данных в отношении подростковых суицидов, эта проблема продолжает оставаться ведущей причиной смертности подростков во всем мире и одним из основных поводов для беспокойства работников здравоохранения.

Самая высокая распространенность самоубийств у подростков проявляется в Южной и Восточной Азии, а так же в Восточной Европе (Wasserman D. et al.,

2005). В США количество суицидов среди подростков составляет 10 на 100 тысяч, причем количество суицидальных попыток достигает 334 на 100 тысяч (Вишневская О.А., 2000; McMahon E.M. et al., 2014). Кроме того, обследование учащихся с 9 по 12 класс в Соединенных Штатах Америки в 2013 году показало, что в течение последнего года 39,1% девочек и 20,8% мальчиков чувствовали грусть и безнадежность почти каждый день не менее двух недель подряд, 16,9% девочек и 10,3% мальчиков запланировали попытку самоубийства, 10,6% девочек и 5,4% мальчиков предприняли попытку самоубийства. А 3,6% девочек и 1,8% мальчиков уже осуществили такую попытку самоубийства, после которой нуждались в медицинской помощи (Kann L. et al., 2014).

Суицидальное поведение встречается у подростков всех рас, но в последние годы зарубежные исследователи отмечают повышенную суицидальную активность среди чернокожих мальчиков и девочек, среди мексиканских мигрантов, что связано с низким социально-экономическим уровнем этих лиц (Page R.M. et al., 2013; Bridge J.A. et al., 2015).

На фоне общемировых показателей суицидальности среди подростков, Россия так же демонстрирует высокий уровень. В период с 1990 по 2010 год в России было зарегистрировано более 800 тысяч самоубийств (Морев М.В., Шматова Ю.Е., 2014). В 2013 году самоубийством покончили жизнь 1028 детей и подростков, а в 2014 году эта цифра составила более 1500 подростков (Синягин Ю.В., 2015).

Уровень суицидов выше 20 случаев на 100 тысяч населения считается критическим для страны (ВНО, 2001). Согласно официальной статистике, подростковые суициды в России составляли в 2005 году 19,8 случаев на 100 тысяч человек, в 2006 - 19,3 случаев, в 2007 - 20,1, в 2008 - 19,4, в 2009 - 19,8 (Альбицкий В.Ю. и др., 2010). В последние пять лет смертность от подростковых суицидов находится на том же уровне, но некоторые авторы уверены, что количество самоубийств в Российской Федерации на самом деле может достигать 50 на 100 тыс. населения (Вишневская О.А., 2000), хотя по сведениям Росстата, в 2013 г. смертность детей в России от самоубийств в возрастном промежутке от 10

до 14 лет сократилась на 19,5 % в сравнении с 2010 г., а в возрасте от 15 до 19 лет - на 36,5 %.

Мысли о самоубийстве имеются у 45% российских девушек и у 27% юношей (Иванова А.Е. и др., 2011). А.А. Кирпиченко в своем исследовании (2015) определил, что 6,4% подростков имеют высокий риск совершения суицида.

Интересной представляется статистика суицидов с учетом возраста подростка. Так, завершенные суициды до 12 лет практически не встречаются, но чем взрослее ребенок, тем риск выше (Goodman R., 2000; Goldston D.B. et al., 2016). Для примера, в Великобритании в возрастном промежутке 10-14 лет на 1 млн. происходит 5 суицидов, но уже в возрасте 15-19 эта цифра повышается до 30. В России, показатель смертности от самоубийства в группе 15-19 лет, по сравнению с 10-14 лет выше в шесть раз (Солодкая Е.В., Логинов И.П., 2014). Вероятно, защитными факторами для младших детей являются: редкость большого депрессивного эпизода до полового созревания; отсутствие достаточной познавательной зрелости, чтобы испытать крайнюю степень отчаяния; ограниченная возможность для выбора метода и места совершения самоубийства; социальная поддержка в семье и образовательных учреждениях (Zalsman G. et al., 2016).

Теперь рассмотрим характеристику полового состава суицидентов. В младшем подростковом возрасте у мальчиков и девочек частота суицидальных попыток приблизительно равна, а в более старшем периоде их встречаемость выше у девочек (Кривулин Е.Н., Кривулина О.Е., 2014). Несмотря на большее количество суицидальных попыток у девочек, мальчики чаще погибают, так как у них выше процент реализации суицидальных попыток, это связано с их более высоким аутоагрессивным уровнем. В абсолютных цифрах количество подростков мужского пола, погибших от суицида, больше чем женского в соотношении около 7:3 (Rhodes A.E. et al., 2012; Karch D.L. et al., 2013).

Половая принадлежность подростка так же влияет на выбор способа суицида. Мальчики в связи с высоким уровнем аутоагрессии выбирают более «жестокие» и опасные методы совершения суицида - повешение, расстрел,

электрический ток. Девочки предпочитают более «мягкие» методы - отравление (чаще обезболивающие, антидепрессанты), кровопотеря (самопорезы). Для девочек немаловажным остается то, как они будут выглядеть после самоубийства (Goodman R., 2000).

Далее хотелось бы осветить частоту и встречаемость тех или иных способов самоубийств в подростковой среде. Вообще, согласно официальной статистике, подростки уходят из жизни чаще всего через повешение, наносят себе несовместимые с жизнью раны или принимают яд, лекарства и т.д. (Ворсина О.П., 2011; Зотов П.Б., Родяшин Е.В., 2013). Вообще, удушение, как способ суицида, встречается в 50,2% случаев (Karch D.L. et al., 2013). Хотя другие исследователи отмечают, что наиболее «современным» способом является нанесение себе повреждений вен и артерий или отравление (Martin P.C. et al., 2015). Зарубежные исследователи отмечают рост суицидов связанных с огнестрельным оружием, вероятно, это является следствием более упрощенного законодательства по вопросам получения и хранения оружия, чем в других странах.

Дополнением к вышеизложенным данным является сезонная оценка суицидальной активности, так около 34% всех суицидов совершается весной и 31% летом (Семенова Н.Б., Мартынова Т.Ф., 2012).

Несмотря на значительную работу многих исследователей во всем мире, в нашей базе знаний, относительно истинных масштабов подростковых суицидов, существуют большие пробелы, что особенно касается развивающихся стран (McLoughlin A.B. et al., 2015; Minayo M.C., Cavalcante F.G., 2015; Hu J. et al., 2015; Cents R. et al., 2016).

Не вызывает сомнения тот факт, что реальное число суицидов намного выше, поскольку не всегда сообщается о реальной причине смерти, или она скрывается под термином «смерть от несчастного случая» (Игумнов С.А., 2005). Бывший главный психиатр ООН Г. Залбург уверен, что «статистические данные о суицидах, какими они являются сегодня, не заслуживают доверия. Слишком много суицидов не называется своими собственными именами».

Проблема недооцененности реальной цифры суицидов характера и для нашей страны (Эрдынеева К.Г., Филиппова В.П., 2010). Так, некоторые авторы утверждают, что количество самоубийств в России в два раза выше тех показателей, которые демонстрирует нам официальная статистика (Морев М.В. и др., 2014). В корне этого явления лежит много факторов. Значительная часть самоубийств может маскироваться под несчастные случаи, дорожно-транспортные происшествия, злоупотребление психо-активными веществами, занятия альпинизмом, горнолыжным спортом и т.д. Для примера, суицид с помощью отравления легко принимают за передозировку наркотиками. Кроме того, самим родственникам погибшего спокойнее думать, что произошел несчастный случай, чем искать истинные причины, побудившие подростка совершить самоубийство. Они же стараются скрыть факт самоубийства, чтобы избежать пересудов окружающих, косых взглядов знакомых, чтобы похоронить «нормально».

В некоторых случаях в принципе невозможно определить был ли это несчастный случай или суицид. Кроме всего этого, решающим мнением является мнение следователя, ведущего дело, а не судебно-медицинского эксперта. В низких цифрах смертности от суицида заинтересовано и региональное правительство для «улучшения» показателей региона.

Например, в Рязанской области в 2015 году зарегистрировано только 70 случаев суицида, но с другой стороны, под шифрами - случайное удушение проходит 69 человек, случайное падение - 43, случайное утопление - 43, случайное отравление - более 70 человек и тому подобное (Росстат, 2016). Можно сделать логичное предположение, что какая-то часть этих случаев была совершена личностью намеренно.

Обсуждая статистику суицидов необходимо также учитывать, что на каждый завершённый суицид приходится более значимое количество суицидальных попыток. Так R.W. Maris (2002) утверждает, что на каждый подростковый суицид приходится до 200 суицидальных попыток и, как минимум, половина подростков с попыткой суицида в анамнезе совершают повторный

суицид (Ivarsson T. et al., 1998). Большинство же авторов считает, что это соотношение меньше и на один суицид приходится в пределах 30 суицидальных попыток (Манн Дж., 2002; Cutcliffe J.R., 2013).

На фоне этих удручающих данных, в нашей стране суицидологическая служба только начинает развиваться, а так же не существует четкого определения кризисных стационаров. Все региональные службы имеют разное ведомственное подчинение, используют малоэффективные и неоднородные методы, не обладают логичными и едиными научно-теоретическими базами знаний (Положий Б.С., Панченко Е.А., 2012). Так же не существует конкретных алгоритмов работы с подростками, совершившими суицидальную попытку, их родителями. Не разработаны адекватные меры превентивной диагностики самоубийств.

Высокая частота завершенных и незавершенных суицидов среди подростков в России говорит о важности и необходимости исследования причин и условий, факторов риска, а так же способов эффективной превенции суицидов.

1.2. Основные теории, объясняющие суицидальное поведение среди детей и подростков

Условно суицид делится на две большие группы - истинный суицид и псевдосуицид (демонстративный суицид, парасуицид). Истинный суицид является хорошо осмысленным, подготовленным, тщательно продуманным и спланированным мероприятием, задача которого - лишить себя жизни, не учитывая внешние обстоятельства, мнения родственников и друзей, окружения.

Демонстративный суицид не ставит перед собой глобальную задачу - умереть, его цель заставить окружение обратить свое внимание на личность и ее проблемы. По данным А.Е. Личко (1983), только в 10% случаев подростками руководит истинное желание умереть, а во всех остальных случаях суицидальная попытка является своеобразным «криком о помощи». Именно поэтому почти 80% попыток самоубийств происходит дома, днем, часто в выходные дни, хотя всё же лидирующим днем недели по количеству суицидов является понедельник

(Maldonado G., Kraus J.F., 1991; Karch D.L. et al., 2013). Многие исследователи вообще убеждены, что рефлекс чувства самосохранения в полной мере формируется по достижению двадцати лет. Даже само понятие смерти в подростковом возрасте не осознается в полной мере, а так же из-за отсутствия житейской мудрости любая конфликтная ситуация кажется безвыходной.

Существует большое количество работ, целью которых является поиск истинных причин подростковых суицидов (Попов Ю.В., Бруг А.В., 2005; Положий Б.С., 2010; Зотов П.Б., Родяшин Е.В., 2013). В настоящее время выделяют несколько самых разных концепций, объясняющих суицидальное поведение. К ним относят биологическую, психологическую, социологическую, социально-психологическую и клинико-психологическую концепцию.

Биологический подход предполагает некую предрасположенность к суициду. Значительное количество исследований доказало, что расстройства настроения, шизофрения и другие эндогенные расстройства повышают суицидальный риск. Все эти заболевания отчасти генетически обусловлены. Но для их реализации необходим внешний фактор (психологический или социальный). На данный момент лишь единичные ученые рассматривают суицид только в рамках нозологической проблемы, только как следствие психического заболевания, но как раз менее изученными являются гипотезы суицидального поведения, не связанные с психической патологией (Weeks M., Colman I., 2016). Именно поэтому в последние годы появляется много версий, связывающих суицид со стрессом, страхом, конфликтами, фрустрацией и другими непатологическими ситуационными реакциями.

Психологическая концепция самая распространённая. Многие исследователи писали о своем видении истинных причин суицида в рамках психологического подхода. З. Фрейд видел причину в конфликте эго-состояний. Он предполагал, что «Эго» не ощущает любви от «Супер-Эго» и позволяет себе умереть (Freud S., 1963). Многие теории приходят к выводу, что суицид - это внутренний аутоагрессивный импульс, возникающий по самым разнообразным причинам, большинство из которых возникло в детском возрасте.

Ярким представителем социологического подхода был Э. Дюркгейм, рассматривающий суицида как способ разрешения проблем личности, возникающих в случае отчуждения этой личности от своей социальной группы (Дюркгейм Э., 1998).

В рамках социально-психологической концепции, суицид является следствием невозможности личности преодолеть сложности, возникающие при достижении своих целей. Часто пусковым фактором суицида является утрата или конфликт в семейной сфере.

Клинико-психологическая концепция охватывает широкий пласт взглядов на проблему суицида (Soole R. et al., 2014). Тут учитывается и нозологическое распределение суицидентов, и личностные психологические особенности, половозрастные отличия, уровень аутоагрессии при различных нервно-психических заболеваниях, влияние этих заболеваний на аутоагрессию.

Рассмотрим основные из этих исследований.

В отечественной суицидологии наиболее известна точка зрения А.Г. Амбрумовой, утверждающей, что суицидальное поведение является следствием социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микроконфликта (Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Я., 1978).

Важнейшим условием развития дезадаптивных состояний является неспособность индивида найти выход в кризисной ситуации (Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л., 2012). Подросток не в состоянии адекватно оценивать итоги, результаты и последствия своего поступка. И осознание смерти как абсолютного конца жизни полностью формируется лишь у взрослой зрелой личности. Обычно, подростки, думая о суициде, мечтают узнать реакцию людей на их смерть, увидеть жалость по отношению к ним и ждут от окружающих людей новой, более положительной, оценки их личности. То есть, от суицида они ждут не самой смерти, а своеобразного «перерождения». Действия подростков направлены в первую очередь не на самоуничтожение, а на восстановление нарушенных социальных отношений (Зиновьев С.В., 2002). Таким образом, и у детей, и у взрослых общая причина суицида - социально-психологическая дезадаптация,

которая связана с какими-либо психотравмирующими событиями и нарушением отношений с социумом, кроме этого, подростки не подходят к суициду с полной продуманностью своего поступка, что не делает их суицидальную попытку менее опасной (Вроно Е.М.,1983).

Не менее распространенной, но более современной представляется теория «диатеза-стресса» (Mann J.J. et al., 1999). Ее суть сводится к тому, что суицидальная активность развивается в связи с наличием у личности определенной предрасположенности к суицидальному поведению (диатез). В случае воздействия триггеров (стрессоров) запускается суицидальный механизм. К факторам диатеза относятся наследственность, психологическое состояние, употребление психоактивных веществ соматическая патология, социальное окружение и т.д.

Углубленным переосмыслением теории «диатеза-стресса» является интегративная теория (Положий Б.С., 2010). Она включает в себя два блока: этиопатогенетический - описывает механизмы развития суицидального поведения и клинико-динамический - описывает динамику суицидального поведения. Этиопатогенетический блок рассматривает детерминанты (факторы диатеза) первого, второго и третьего ранга. Детерминанты первого ранга являются необходимым условием развития суицидального поведения. К ним относятся биологические, клинические, личностно-психологические факторы (Положий Б.С., 2015). Детерминанты второго ранга повышают риск совершения суицидальной попытки и включают в себя злоупотребление психоактивных веществ, отсутствие семьи и социальной поддержки, пережитое насилие, хронические заболевания и т.д. Детерминанты третьего ранга отражают общее социальное неблагополучие.

Следующие теории не претендуют на такое же глубокое понимание суицида, но, тем не менее, по-прежнему актуальны.

Эмиль Дюркгейм ввел понятие «аномического самоубийства». В подобном случае попытка суицида является реакцией индивида на аномию (безнормность, беззаконие). Вследствие аномии подросток испытывает чувство одиночества,

разочарование, несоответствие собственного мировосприятия с нормами и ценностями общества (Дюркгейм Э., 1998).

Зигмунд Фрейд, находясь в поисках причины суицидального поведения, ввел понятие - «инстинкт смерти». Он предполагал, что человек изначально стремится к саморазрушению. По его мнению, все живое на земле борется за существование, согласно эволюционной теории, и только человек, наоборот, готов прикладывать серьезные усилия, чтобы расстаться с жизнью (Freud S., 1963).

В зарубежной литературе часто описывается «когортная теория» (Easterlin R.A. et al., 1982). Эта теория отмечает существующую строгую прямую пропорциональную связь между количеством суицидов и численностью подростков в этой же возрастной когорте. Авторы пишут, что при высоких значениях численности возрастной когорты, имеет место более сложная «борьба» за образование, семью, работу, условия жизни, материальные блага и т.д. Так, например, в 2000 году в России родилось 8,7 детей на 100 тысяч населения, а в 2010 году этот же показатель был 15,5, что позволяет сделать предположение, что при отсутствии серьезных реформ в высшем образовании в 2016 году поступить в университет проще, чем в 2026 году. Подобная фрустрация вызывает депривацию и, как следствие, аутодеструктивные действия у подростков.

А вот В.Э. Франкл - основатель логотерапии, писал, что в основе суицидальной активности лежит экзистенциальный вакуум. По его мнению, в каждом поступке, действии, усилии человека должен существовать смысл, чтобы индивид понимал, кто он, что его ждет, для чего он существует, что ему нужно. В противном случае индивид ощущает потерю всякого смысла в своей жизни - ноогенный невроз (Франкл В.Э., 1990).

Очень интересную теорию предлагают Ю.В. Попов и А.В. Бруг. Они считают, что суицидальное поведение подростков может фиксироваться как способ решения семейных и личных проблем в случаях длительного стресса, негативного климата в семье, в отсутствие позитивного опыта решения стрессовых ситуаций. Такой способ реакции на проблемы может в будущем стать

стандартным «клише», стереотипным паттерном (Попов Ю.В., Бруг А.В., 2005). Такого же взгляда придерживался и Б.С. Положий (2012), писавший об отсутствии умения конструктивно решать проблемные ситуации.

П.Б. Зотов отмечает, что суицидальное поведение не формируется за какой-то конкретный короткий срок, для этого требуется длительное время (иногда годы) и, так называемый, «внешний ключ» - значимое событие, актуализирующее существующие переживания (Зотов П.Б., Родяшин Е.В., 2013). Кроме того, у этого процесса имеются определенные этапы и динамика с характерными проявлениями внутренних и внешних форм (Игумнов С.А., 2005).

Многими отечественными и зарубежными авторами указывается, что среди детей и подростков, совершивших суицид, более трети имели родителей, страдающих различными психическими расстройствами (чаще болезни зависимости) (Попов Ю.В., Бруг А.В., 2005; Меринов А.В., Лукашук А.В., 2014; Weeks M., Colman I., 2016).

Мы согласны с мнением, что подростковый суицид невозможно рассматривать в рамках одной теории (Калинина Т.В., Кудачкин Д.А., 2014; Ajdacic-Gross V., 2015; Положий Б.С., 2015), каждая имеет свои доказательства и, объективно, мы можем это отследить.

1.3. Факторы риска суицидального поведения

Можно выделить две глобальные группы факторов риска суицида. Во-первых, это потенциальные факторы, которые создают почву для суицида, а, во-вторых, актуальные факторы. К потенциальным факторам относятся расстройства внутрисемейных отношений, дисгармоничность личности. К актуальным факторам обычно относятся депрессивные состояния, состояние безысходности и одиночества, обида, гнев и пр. Эти группы тесно связаны и имеют высокую степень важности (Банников Г. С. и др., 2015).

Очень расплывчато стоит вопрос о предшествующей суициду психической патологии - многие авторы дают совершенно разноплановые мнения. Так, 5%

суицидов связано с психозами (Барденштейн Л.М., 2011; Kelleher I. et al., 2012, 2013) и 20% с личностными расстройствами (Page R. et al., 2006), а по данным А.Г. Амбрумовой эта цифра несколько выше - около трети всех самоубийц имели расстройства личности (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1978). По другим данным, лишь в 40% суицидов можно найти клиническую подоплеку (Soole R. et al., 2014).

Согласно В.Т. Кондрашенко (Кондрашенко В.Т., 2005), суицидальные попытки подростков связаны с: 10% - психотические расстройства; 15% - невротические состояния; 1% - тяжелые соматические заболевания; 12% - сложная семейная ситуация; 18% - сложная романтическая ситуация; 15% - проблемы самореализации в референтной группе; 7% - боязнь ответственности за совершенные действия; 8% - дидактогении; 5% - употребление алкоголя и наркотических веществ; в 9% - невыясненные причины.

А.Г. Амбрумова так же отмечала, что суицидальное поведение существует в трех клинко-диагностических категориях: психотические расстройства, пограничная психическая патология и у совершенно здоровых людей, причем соотношение будет равняться 1,5-5-1 соответственно (Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Я., 1978).

Р.Г. Абдрахимова (2015) в истоках суицидальной активности подростков видит психофизический инфантилизм.

Изучение проблемы суицида показывает, что для молодых людей, совершающих попытку суицида, характерны депрессии и субдепрессии, повышенный уровень тревожности и агрессии, а так же высокий уровень душевного беспокойства (Вроно Е.М., Ратинова Н.А., 1999; Белозерцева И.Н., 2001; Fombonne E. et al., 2001; Avenevoli S. et al., 2015; Stewart J.G. et al., 2015; Shain B.N., 2016; Bentley K.H. et al., 2016). Причем высокий уровень депрессии, предшествующей суицидальной попытке, у подростков отмечают многие исследователи (Choon M.W. et al., 2015; McLone S.G. et al., 2016; Weeks M., Colman I., 2016). Особенно опасно клинически подтвержденное депрессивное состояние без адекватного лечения (Gibbons R.D. et al., 2015; Owen R. et al., 2015).

Несмотря на это некоторые авторы полностью отвергают ведущую роль эмоциональных расстройств в генезе суицида (Wagner G., 2012).

Частота импульсивности и депрессии анатомически объясняется более быстрым созреванием лимбической системы, и биологически, более высокой чувствительностью серотонинергической системы, которые сами находятся под влиянием специфической гормональной среды в течение подросткового периода (Manseaux P. et al., 2015).

Кроме того, обнаружены возрастные различия восприятия эмоций. У детей и подростков зона восприятия эмоций обнаружена в области *Amígdala*, а у взрослых она находится во фронтальной коре. Исходя из этого, можно сделать вывод, что стрессовые факторы воздействуют на различные возрастные группы так же по разному и могут привести к различным формам импульсивного реагирования (Краснова П.В., Денисенко М.М., 2015). Но мы не можем и не должны фиксироваться только на структурных биологических и неврологических изменениях, не принимая во внимание другие факторы (Manseaux P. et al., 2015).

Обсуждая предшествующую суициду психопатологию важно так же отметить, что наличие тяжелых соматических заболеваний, как и у взрослых, существенно повышает риск совершения суицидальной попытки (Storch E.A. et al., 2015). А зарубежные авторы отмечают, что гомосексуальные подростки имеют повышенный риск совершения суицида и совершают суицид от двух до шести раз чаще своих гетеросексуальных сверстников (Hegna K., 2001; O'Brien K.H. et al., 2016; Tsypes A. et al., 2016).

Объединяя мнения всех авторов, можно прийти к выводу, что проблема подросткового суицида связана с «пограничной» психиатрией, то есть личностными расстройствами и реактивными состояниями на фоне акцентуаций личности, расстройствами настроения (Сахаров А.В. и др., 2014), а около 57% подростков являются совершенно здоровыми (Спадерова Н.Н., 2014; Rajewska-Rager A. et al., 2015).

Рассматривая проблему подростковых суицидов, обращает на себя внимание внешняя незначительность причин, толкнувших подростка к суициду (с

точки зрения взрослых людей). Причины суицида у взрослых людей более очевидны и выявляются проще, как например, в случае полного «развала» жизни - увольнение с хорошей работы, семейный развод, разрыв значимых отношений и так далее. Подросткам же чаще всего достаточно натянутых отношений в семье и конфликтов с ровесниками. Такие, с виду несерьезные, мотивы остаются незамеченными для окружающих (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1978). Так, в 32% случаев мотивом суицида для подростка является обида, в 30% - протест против чего-либо или кого-либо, а в 38% - чувство одиночества, недовольства собой. Интересно то, что число случаев смерти от самоубийств особенно высок на дни рождения, вероятно, это связано с тем, что именно в этот день идет переоценка прожитых лет и потенциальные суициденты негативно оценивают свою прошлую жизнь (Matsubayashi T., Ueda M., 2016).

И отечественные, и зарубежные авторы отмечают роль алкоголя и других психоактивных веществ на повышение риска суицида при их приеме (Чухрова М.Г. и др., 2011; Меринов А.В. и др., 2011; Зыков В.В., 2012; Ghaffari-Nejad A. et al., 2012; Разводовский Ю.Е., 2014; Weeks M., Colman I., 2016), вплоть до того, что прием алкоголя является пусковым фактором суицида. Согласно статистике, до 60% суицидальных попыток совершается в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

Особенно интересен тот факт, что при попытке регуляции сбыта алкоголя со стороны государства, количество суицидов заметно снижается (Pridemore W.A. et al., 2013). Также имеется прямая связь никотиновой зависимости с повышением риска совершения суицидальной попытки (Yaworski D. et al., 2011; Berlin I. et al., 2015), причем, отказ от курения снижает этот риск. Регулярное употребление растительных и синтетических каннабиноидов так же увеличивает риск совершения суицида подростком (Delforterie M.J. et al., 2015). У больных наркотической и алкогольной зависимостью в принципе чаще встречаются самоповреждения, суицидальные попытки и тенденции. Как сообщают многие исследования, большая часть алкоголиков/наркоманов совершает суицидальную

попытку из-за «переключения» внутренней гетероагрессии в аутоагрессию (Меринов А.В., 2012).

На реализацию суицидальных попыток оказывает влияние не только полноценный синдром зависимости, но и эпизодическое употребление алкоголя. Во время алкогольного опьянения может по незначительному поводу импульсивно развиваться акт аутоагрессии или реализоваться нежелание жить, существующее ранее (Wyróór M. et al., 2016). В момент опьянения часто встречаются демонстративные попытки суицида, которые опасны тем, что из-за своего состояния подросток может недооценить реальную опасность смерти. Абстинентный синдром так же имеет высокий уровень суицидогенного риска.

В последние годы многие исследователи начали отмечать связь повышенного риска суицида с плохим сном у подростков (Koyawala N. et al., 2015; Stubbs B. et al., 2016). Доказана так же связь длительно действующего стресса и суицида (Giletta M. et al., 2015).

Специалисты так же выявили прямую связь с размещением в новостях, газетах сообщений о случившемся суициде и повышением количества суицидов после публикации (Swanson S.A., Colman I., 2013). Причем чем более заметна была эта новость (размещение на первой странице, «кричащие» заголовки и пр.), чем больше подробностей в ней сообщалось, тем больший всплеск суицидов наблюдался после (Ali M.M. et al., 2011; Haw C. et al., 2013; Gould M.S. et al., 2014). Особый всплеск суицидальной активности наблюдается после гибели знаменитостей, популярных в молодежной среде (Park J. et al., 2016). Так, после смерти М. Монро резко вырос показатель смертности от суицида у девушек (Park J. et al., 2016)

Неограниченный доступ к сети Интернет так же является спутником подростков, решившихся на суицид (Фондеркина Л.А., 2014). В Интернете подростки могут найти материалы, подталкивающие к суициду и помогающие совершить суицид.

На данный момент размещение и распространение подобных материалов запрещено на территории России. В случае обнаружения их, оператор связи,

оказывающий услуги по предоставлению доступа к сети Интернет, обязан ограничить доступ к такому сайту в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 29 декабря 2010 г. N 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию». В сети Интернет существует большое количество сайтов, форумов, групп, подталкивающих и провоцирующих подростков на совершение суицида (Демдоуми Н.Ю., Денисов Ю.П., 2014). Так, например, в социальных сетях популярны игры для подростков «Синий кит», «Тихий дом», заключающиеся в ежедневном выполнении определенного задания, утвержденного «куратором». В течение 50 дней подросток выполняет 50 заданий, последним из которых является суицид. В случае отказа жертвы от выполнения, начинаются угрозы реальной расправы над жертвой и членами ее семьи. При закрытии подобной группы, организаторы всем участникам пересылают информацию о новом адресе. Именно поэтому так сложно полностью прекратить их существование. Несмотря на это, более 10000 страниц и сайтов, пропагандирующих самоубийства, Роспотребнадзор уже заблокировал в сети за последние пять лет. В законодательстве Российской Федерации существует статья 110 УК РФ «Доведение до самоубийства», которую в реальных условиях сложно применить. На сегодняшний день ведется работа в направлении ужесточения наказания за деятельность подобных групп и конкретизации критериев для применения подобных законов, как в России, так и за рубежом (Robert A. et al., 2014).

Рассуждая о факторах риска суицидального поведения сложно обойти проблему подростковых самоповреждений. Многие авторы отмечают, что нанесение самоповреждений является показателем к некой готовности к попытке суицида (Paul E. et al., 2015; Dickstein D.P. et al., 2015).

Выделяют следующий перечень поведенческих реакций, связанных в первую очередь с причинением вреда телу посредством: татуировок; пирсинга и ряда навязчивых действий (щипание кожи, вывихи суставов пальцев, разрушение ногтей и околоногтевых валиков, обкусывание ногтей и околоногтевых валиков, губ, кусание рук и других частей тела, царапанье кожи); расчесывание ран, язв,

швов, родимых пятен; самопорезы; перфорация частей тела с помещением в отверстие инородных предметов; удары кулаком и головой о предметы, а так же самоизбиение; уколы (булавками, гвоздями, проволокой, пером ручки и др.); самоожоги; неполное самоудушение; злоупотребление алкоголем, лекарственными средствами и наркотиками (с отравлением и передозировкой без суицидального намерения); глотание коррозионных химикалий, батареек, булавок; нарушений пищевого поведения (анорексия и булимия) (Зайченко А.А, 2006; Townsend E. et al., 2016). Наиболее частыми её проявлениями являются самопорезы острыми предметами, ожоги от огня и окурков сигарет (Diggins E. et al., 2016).

К. Меннингер в своих работах даже использовал термин - «частичное самоубийство», применяя его для описания невротического членовредительства. В это понятие он включал: трихотилломанию (вырывание, поедание собственных волос), онихофагию, ампутации (пальцев, конечностей и пр.). По мнению автора, в подобных случаях вектор суицидального напряжения переходит от общего, подлежащего уничтожению, к более частному, сосредотачиваясь на каком-либо участке тела (Меннингер К., 2000).

Многие авторы отмечают, что часто суицид совершают жертвы издевательств сверстников (Espelage D.L., Holt M.K., 2013; Klomek A.V. et al., 2013).

В генезе подросткового суицида важную роль играет юношеская дисморфофобия, проявляющаяся излишней озабоченностью подростка своей внешностью, своими недостатками. Обычно эти недостатки являются надуманными и мнимыми, но для ребенка они крайне волнуют. Подростки переживают из-за формы носа, груди, длины ног и рук, родинок, волос на коже и пр. По данным американских исследователей, 30% подростков с такими расстройствами стараются реже выходить из дома, а 17% предпринимали попытки суицида.

Также рост суицидальной активности подростков происходит в периоды кризисов, возрастных кризов, социальных преобразований, политической нестабильности (Вертолете Х.М., 2005; Розанов В.А., 2012, 2013).

К. Onishi пишет, что необходимо, как минимум, три провоцирующих фактора для того, чтобы подросток решил свести счеты с жизнью (Onishi К., 2015). Например, проблемы с межличностными отношениями, физическое/психическое заболевание и бедность могут сформировать цепочку, которая приведет к самоубийству, независимо от пола.

Важнейшим показателем для оценки риска суицида является сочетание определенного суицидального желания, возможности реализовать его и ощущение чувства безнадежности, собственной ненужности. Суицидальные попытки как самый сильный фактор риска для самоубийства всегда следует принимать всерьез, даже если они происходят в контексте острых аффективных переживаний (Berger G.E. et al, 2015).

Факторы риска самоубийства, влияющие на людей всех полов, возрастов и этнических групп, хоть и сложны, чтобы полностью дать ответы на все вопросы о суициде, имеют определенные характеристики, включающие в себя депрессию (другие психические расстройства), предшествующую попытку самоубийства, семейную историю психических расстройств или злоупотребления алкоголем, наркотиками, семейную историю суицида, насилие в семье (включая физическое и сексуальное насилие), наличие огнестрельного оружия (Agnihotri A.K., Aduoma O.I., 2016).

Таким образом, основываясь на вышеизложенных данных можно выделить основные виды предпосылок подростков к суицидальному поведению:

- наличие суицидальных попыток в анамнезе, угрозы совершения суицида - наиболее объективный показатель суицидальной готовности (Крайг Г., Бокум Д., 2005; Cutcliffe J.R., 2013);
- нарушение бытовых условий (около 60% подростков, совершивших суицид, воспитывались в неблагополучных семьях, в неполных семьях или же в

семьях, находящихся на грани развода) (Иванова А.Е. и др., 2011; Pompili M. et al, 2013);

- психические расстройства детского возраста - расстройства адаптации, формирующееся расстройство личности, эмоциональные расстройства (Hetrick S. et al., 2011; Кравченко Н.Е., Зикеев С.А., 2014);
- наличие родственников с психическими заболеваниями (в первую очередь, речь идет об алкогольной зависимости, депрессии и других аффективных расстройствах, и, конечно, суицидах и попытках самоубийства) (Меринов А.В. и др., 2011);
- наличие завершеного случая суицида в ближайшем окружении или в обществе в целом (так называемый, синдром Вертера). Для примера, в Германии, после трансляции сериала «Смерть студента», в каждой серии которого демонстрировался суицид молодого мужчины под колесами поезда, среди подростков 15-19 лет частота суицидальных попыток именно таким способом выросла на 175% (Häfner H., 1998);
- легкодоступность предметов для совершения попытки суицида (огнестрельное оружие, лекарственные препараты, яды и тому подобное) (Labouliere C.D. et al., 2015; Чубина С.А. и др., 2015);

1.4. Роль семейного функционирования в генезе суицидальной активности детей

Социальная поддержка и социальный контекст оказывают значительное влияние на суицидальное поведение подростков (Farrell C.T. et al., 2015). Наиболее малоизученной, но очень важной составляющей подросткового суицида является внутрисемейная атмосфера (Лукашук А.В., Меринов А.В., 2014). Гармоничная обстановка в семье является очень мощным социализирующим и защищающим механизмом для подростка и ее нарушения, по всей видимости, ухудшают баланс витального благополучия (Каплина Е. В., Зверева Н. В., 2004).

Влияние семьи подросток испытывает раньше всего, этот эффект накапливается с возрастом (Райгородский Д.Я., 2010). Еще Фрейд писал, что в психической жизни человека всегда присутствует значимый «другой». Он, обычно, является образцом, объектом, помощником или противником (Фрейд З., 2001). Это подтверждают и другие авторы, прямо указывающие, что отсутствие у ребенка значимого взрослого является фактором риска суицида (Ефимова Д.В., 2014). Так, например, потеря одного из родителей ребенком в возрасте от 6 до 14 лет является серьезным фактором риска суицидального поведения (Lester D., 1989; Wilcox H.C., 2010; Pompili M. et al., 2013). Больше 60% подростков, совершивших суицид, были воспитаны в неполных семьях, причем распад семьи приходился на дошкольный возраст (Мягер В.К., 1983). Развод родителей сам по себе является мощным просуицидальным фактором (Зотов П.Б., 2015). Подросток, лишенный доказательств родительской любви, сложнее устанавливает дружеские социальные связи и имеет низкое самоуважение (Гаврилова Г.А., 1984).

В большинстве случаев, попытки суицида происходят у подростков из семей с низким социальным положением, плохими бытовыми условиями (Onishi K., 2015; Robinson W.L. et al., 2016). По данным исследований, родители являются идеалом лишь у 20% «проблемных» подростков, а в группе «благополучных» подростков этот показатель составляет 40% (для отца) и 56% (для матери). Наибольшим доверием у подростков пользуются матери (77% всех опрошенных). Но, чем выраженной суицидальной активностью, тем меньше они делятся проблемами с матерью и еще реже с отцом (до 29%). Имеется обратная связь между наличием суицидальных мыслей и уровнем доверия своим взрослым родным. Часто суицидальная попытка играет роль сигнала о помощи, направленного родителям с целью изменить внутрисемейный строй (Полмайер Г., 1998).

Многие авторы отмечают, что среди детей и подростков, совершивших суицид, более трети имели родителей, страдающих психическими заболеваниями (Меринов А.В., Лукашук А.В., 2014). В первую очередь речь идет о

злоупотреблении алкоголем, наркотическими веществами из группы каннабиноидов, психостимуляторов (Ghaffari-Nejad A. et al., 2012; Разводовский Ю.Е., 2014; Weeks M., Colman I., 2016).

Е.А. Панченко (2015) в своем исследовании выявила, что лишь 36% суицидентов охарактеризовали отношения в семье как гармоничные, доброжелательные, стабильные, а вот оставшиеся 64% оценили обстановку в родительской семье как деструктивную, включающую скандалы, пьянство родителей и т.п. До 17 % детей и подростков сообщают, что в тяжелые периоды жизни они не могут (или не хотят) обращаться за помощью ни к кому. Эти данные согласуются с работами другого автора, отметившего, что среди лиц подросткового возраста, суицидальный риск выше у детей из конфликтных семей, детских домов (Ишимбаева А.Н., 2013).

Анализ семейного окружения подростков-суицидентов в Якутии показал, что 64% подростков с завершенным суицидом росли в социально неблагополучных семьях, в 47% семей наблюдалось насилие, в 21% семей в анамнезе были завершенные суициды (Семенова Н.Б., Мартынова Т.Ф., 2012).

Кроме того, в большинстве случаев толчком к суициду были ссоры и конфликтные ситуации с семьей (34%). До 62 % всех суицидов несовершеннолетних связано с семейными конфликтами и неблагополучием, бестактным поведением отдельных педагогов, конфликтами со сверстниками, друзьями, черствостью и безразличием окружающих, страхом насилия со стороны взрослых (Агаджанян Г., Медведева Н. И., 2012).

Качественное позитивное общение со значимыми взрослыми, в первую очередь с родителями, является ведущим антисуицидальным фактором (Шувалов А.В., 2013). Позитивные и доброжелательные отношения детей с родителями снижают риск суицида до 1%, и наоборот, постоянные ссоры ведут к росту этого риска до 18%. Так же доказано, что удовлетворенность своей жизнью является мощным защитным фактором для подростков (Zalsman G. et al., 2016).

Безусловно, откровенно неблагополучная семейная атмосфера, способна подтолкнуть подростка на совершение суицида. Эта мысль лежит на поверхности,

но является лишь верхушкой айсберга. Самое большое количество вопросов вызывают внешне благополучные семьи, где, казалось бы, ничего не предвещало трагедии.

Исследования Л.М. Чепелевой и Э.Л. Дружининой (2014) демонстрируют, что значительная часть подростков (37,9%) проживают в полных, обеспеченных, внешне благополучных семьях. При выявлении стратегии воспитания в таких семьях обнаруживается высокий уровень враждебности (80%), непоследовательности в воспитании (85,7%), директивности (75%). Такие родители проявляли низкий позитивный интерес к детям и стремятся переложить ответственность за воспитание на других людей. Отсутствие интереса к своему ребенку, неумение с ним общаться родители подменяют вседозволенностью, отстраненностью, непоследовательным воспитанием, что допускает развитие бесконтрольного поведения, переходящего в неспособность к самодисциплине и самоограничению (Чепелева Л.М., Дружинина Э.Л., 2014). Внешне благополучная семья, маскируя для окружающих нарушения своего функционирования, создает условия для развития низкой самооценки и низкого самопринятия у подростка и зачастую не может обеспечить ему адекватной поддержки в конфликтной ситуации.

Реакция на фрустрацию в виде агрессии у родителей провоцирует и у детей импульсивную агрессию и суицидальное поведение (Bridge J.A. et al., 2006). Вообще агрессия родителей повышает суицидогенный риск у их детей (Bronisch T. et al., 2008; Renaud J. et al., 2008). Н. Пезешкиан видел в причинах суицида какой-то неразрешенный конфликт, не теряющий актуальности, и постоянно провоцируемый какими-либо «микротравмами» (Пезешкиан Н., 1996). В его теорию идеально вписываются внутрисемейные конфликты.

Так называемое «туннельное поведение» часто указывается как одна из причин подростковых смертей от суицида. Суть этого фактора заключается в том, что подросток не способен увидеть других путей выхода из своего кризиса (Федосеенко Е.В., 2006). Речь идет об отсутствии умения конструктивного решения проблем и совладания со стрессом (Положий Б.С., 2015). Мы считаем,

что такого рода разрешающие установки для суицидального поведения имеют свои истоки из семейного воспитания. В неблагополучной семье не происходит обучение ребенка позитивным паттернам, необходимым для позитивного разрешения существующей у него проблемы (Лукашук А.В., Меринов А.В., 2014). Еще В.А. Гурьева писала о том, что семейная среда может тремя путями влиять на личность ребенка: подражающее поведение, закрепление негативистических реакций и подкрепление семьей психопатичных реакций подростка (Гурьева В. А., 1994).

В.И. Брутман с соавторами (2000) писали о том, что в 94% обследуемых семей обнаружили негативный семейный паттерн, наблюдающийся в нескольких поколениях каждой данной семьи. Э. Гроллман даже ввел термин «суицидогенная семья» (Гроллман Э., 2001). В таких семьях суицид становится отражением эмоциональных реакций членов семьи (Labouliere C.D. et al., 2015). Моцарь С.В., Мещерякова Э.И. (2001) писали о «семейном мифе», то есть об искаженной модели семьи, используемой как защитный механизм, которая так же прослеживается в различных поколениях. Семейный миф обычно основывается на какой-то семейной тайне, смерти, разводе и других семейных кризисах.

В этом же ключе очень интересной представляется теория греха поколений или теория «горячей картошки». В соответствии с этой теорией родители передают свое токсичное сценарное послание «Не живи» своим детям. Основная идея в том, что человек пытается избежать собственного суицида путем передачи его кому-либо другому, перебрасывает из своих рук как «горячую картошку». Согласно литературным данным эта передача все-таки не спасает от суицида и является временной мерой, но процесс передачи сценария уже запущен (Шустов Д.И., Меринов А.В., 2000). В таких семьях постоянные суициды из поколения в поколение объясняется нависшим проклятием, злым роком. Рассказы о суицидах предков всегда на слуху, создается видимость равнодушия и безразличия смерти, таким образом, члены семьи стараются скрыть свой страх. В таких условиях у ребенка очень легко возникает собственное предписание «Не живи», ведь страха смерти нет, с помощью окружающих он обесценен и не пугает. Ко всему прочему,

семейное окружение, бессознательно пытаюсь избавиться от «проклятья», поучают ребенка: «Ты поступаешь прямо как твой папочка! А знаешь, как он закончил?», «Ты вылитый дед и умрешь так же!».

Подтверждением вышеизложенных взглядов является тот факт, что дети родителей, совершивших суицид, так же намного чаще совершают самоубийства (Хорошко В.К., 1998; Conner K.R. et al., 2016), то есть суицидальное поведение родителей резко увеличивает риск суицида их детей (Cerel J., Roberts T.A., 2005; Song I.H., 2016). Интересен тот факт, что более сильным фактором риска будет суицидальное поведение матери, чем отца (Hung N.C., Rabin L.A. 2009; Geulayov G. et al, 2012). В тоже время, наличие в семье детей, является мощным антисуицидальным фактором для родителей, причем, чем младше дети или чем их в семье больше, тем выраженнее этот фактор (Буткова Т.В., 2011).

Э.Г. Эйдемиллер с соавторами (2003) в своих работах пишет о патологизирующем воспитании. Патологизирующее воспитание - это система осознанных и неосознанных воспитательных действий взрослых, создающих условия для фрустрации ребенка и искажений его личностного и физического роста, которые в итоге приводят к развитию психосоматических и нервно-психических расстройств. Подобный термин - патологическое воспитание в родительской семье - использовал и Б.С. Положий (2015). Он отмечал, что 90% лиц с различными формами суицидального поведения в своих родительских семьях подверглись различным вариантам патологического воспитания (гипер- и гипоопека, безнадзорность, воспитание по типу «Золушки», «Кумира семьи» и др.). Это подтверждается данными Т.П. Зловой с соавторами (2011), указывающей, что при воспитании по типу «Золушки» и «Ежовых рукавиц» встречаемость суицидальных намерений и замыслов достигает 80%. При адекватном же воспитании, родителями созданы условия для нормального физиологического и психосоциального развития для ребёнка (Эйдемиллер Э.Г., 2005).

Некоторые авторы начали использовать термин «суицидальный диатез», подразумевая, что подростки изначально обладают какой-то

предрасположенностью к суициду и необходимо всего лишь внешнее воздействие, что бы инициировать этот процесс (Cluver L. et al., 2015; Brodsky B.S., 2016; Johnstone, J.M. et al., 2016). В рамках интегративной теории, особенности внутрисемейной атмосферы можно отнести к детерминантам второго ранга, но, тем не менее, воспитание влияет и на личностно-психологические особенности, которые уже принадлежат к детерминантам первого ранга (Положий Б.С., 2010).

В исследовании Е.И. Тарановой отмечено, что в большинстве семей подростков, совершающих суицидальную попытку, отсутствовала целостная система воспитания, тип воспитания соответствовал гипоопеке. Такие подростки с раннего детства проводили время на улице среди сверстников, асоциальных друзей, вступали в субкультуры и отмечали, что в подобной среде они себя чувствуют более комфортно, чем в семье (Таранова Е.И., 2011).

Гипер- и гипоопека, низкий уровень культуры и образования, авторитарные родители, ригидность и непоследовательность в воспитании являются факторами повышающими риск суицида (Зверева Н.А., Жигинас Н.В., 2013).

Наша задача и задача других исследователей, в первую очередь, заключается не в опровержении существующих данных и теорий, а в более глубоком изучении и развитии моделей суицидального поведения, которые могли бы существенно помочь в прогнозировании и превенции суицида у детей и подростков (Czyz E.K. et al., 2015; Horwitz A.G., 2015; Gipson P.Y. et al., 2015). Нам представляется, что качественная вторичная профилактика суицидального поведения у подростков невозможна без изучения и последующего использования семейных особенностей их функционирования, а так же знания суицидологических особенностей их родителей.

Глава 2

ПРОГРАММА, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Общая характеристика клинического материала

Для решения поставленных задач нами в период с 2014 по 2017 год была изучена 91 семейная пара (мужчины и женщины, всего 182 человека), которые составили экспериментальную и контрольную группу. 31 семейная пара (62 человека) составила экспериментальную группу, а 60 семейных пар (120 человек) составили контрольную группу. Таким образом, мы имеем подгруппу матерей девушек подростков, совершивших суицид (МДСП), отцов девушек подростков, совершивших суицид (ОДСП) в рамках экспериментальной группы. Численность каждой подгруппы составляет 31 человек.

Аналогично, в контрольную группу вошли 60 матерей девушек подростков, не совершивших суицид (МДнСП) и 60 отцов девушек подростков, не совершивших суицид (ОДнСП).

Критерием включения родителей в экспериментальную группу была попытка суицида у ребенка (девушки в подростковом возрасте) этой семейной пары, а так же согласие респондентов на участие в исследовании. Кроме того, в экспериментальную группу входили те родители, у которых после попытки суицида дочери прошло минимум 4 недели. Эта группа лиц была сформирована из обратившихся за специализированной медицинской помощью для своих детей по поводу суицидальной попытки в ГБУ РО «Рязанскую детскую областную клиническую больницу им. Н.В. Дмитриевой», а также родителей обратившихся за консультативной помощью на кафедру психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения после суицидальной попытки ребенка. Все девушки подтверждали истинность желания умереть, сохраняющегося и после попытки суицида.

Критерием включения родителей в контрольную группу было отсутствие суицидальной попытки в анамнезе у их ребенка, подтвержденное как родителями,

так и их ребенком. Кроме того, респонденты этой группы так же заполняли письменное согласие на участие в исследовании.

Все лица, вошедшие в экспериментальную и контрольную группы, были обследованы автором лично.

В исследовании принимали участие только полные семьи. Средний возраст в группе МДСП составил $40,32 \pm 6,61$ лет, а в группе ОДСП он достиг отметки $42,22 \pm 4,15$ года. В группе МДнСП средний возраст составил $39,9 \pm 2,3$ лет. Группа ОДнСП продемонстрировала средний возраст, достигающий $40,6 \pm 2,43$ лет.

Семейный стаж респондентов из экспериментальной группы составил $18,87 \pm 3,03$ лет. Этот же параметр в контрольной группе достиг $17,7 \pm 1,93$ лет.

Средний возраст дочерей подросткового возраста был в пределах $15,93 \pm 1,22$ лет в группах МДСП и ОДСП, и $15,91 \pm 1,24$ лет в группах МДнСП и ОДнСП, что позволяет нам отнести их к группе старшего подросткового возраста.

При проведении сравнения между группами по возрастному составу не обнаружены статистически значимые отличия, что делает правомерным дальнейшее сопоставление исследуемых групп.

Возрастные показатели в полной мере отражены в таблице 1.1.

Таблица 1.1

Половозрастные показатели групп, участвующих в исследовании

Выборка	Переменная	Среднее арифметическое	Стандартное отклонение (среднее квадратическое отклонение)
Экспериментальная группа - все родители (62)	Возраст	41,27	5,56
	Семейный стаж	18,87	3,03
Контрольная группа - все родители (120)	Возраст	39,75	2,51
	Семейный стаж	17,72	1,93
МДСП (31)	Возраст	40,32	6,61

ОДСП (31)	Возраст	42,22	4,15
МДнСП (60)	Возраст	38,9	2,30
ОДнСП (60)	Возраст	40,6	2,43

По уровню полученного образования респонденты распределились следующим образом. Среди МДСП высшее образование было у 20 респондентов (64,5%), средне-специальное образование - у восьми человек (25,8%), среднее - у трех человек (9,7%). Среди ОДСП распределение было следующим: у 15 респондентов было высшее образование (48,4%), средне-специальное образование - у одиннадцати человек (35,5%), среднее - у пяти человек (16,1%). Среди МДнСП высшее образование было у 34 респондентов (56,7%), средне-специальное образование - у 18 человек (30%), среднее - у восьми человек (13,3%). Среди ОДнСП высшее образование было у 34 респондентов (56,7%), средне-специальное образование - у 15 человек (25%), среднее - у одиннадцати человек (18,3%).

В отношении трудоустроенности респондентов, данные распределились так: в группе МДСП трудоустроены были 24 женщины (77,4%), а в группе ОДСП - 27 мужчин (87,1%). В группе МДнСП работали 52 женщины (86,7%), а в группе ОДнСП - 59 мужчин (98,3%).

Рассматривая брачную супружескую «траекторию» отметим, что состоят в первом браке в группе МДСП 27 женщин (87,1%), а в группе ОДСП - 25 мужчин (80,6%). Эти же параметры в группах МДнСП и ОДнСП были существенно выше. Среди МДнСП первый брак был у 57 женщин (95%), а среди ОДнСП в первом браке состояли 53 мужчины (88,3%). Все остальные респонденты состояли во вторых по счету брачных отношениях.

Интересными являются данные в отношении родителей респондентов. В экспериментальной группе один (3,2%) мужчина и две (6,4%) женщины были воспитаны не биологическими родителями, 9 (29%) мужчин и 10 (32,2%) женщин воспитывались в семье с одним родителем. В контрольной группе три (5%)

женщины были воспитаны не биологическими родителями и четыре (6,7%) мужчин и пять (8,3%) женщин были воспитаны в семье с одним родителем.

Для формирования целостного представления о работе, считаем необходимым дать краткую характеристику способов суицидальных попыток дочерей респондентов. Девушки-подростки распределились следующим образом: 12 девушек - самоотравление (38,8%), одиннадцать девушек - нанесение порезов вен на предплечьях (35,5%), пять девушек - прыжок с высоты (16,1%), две девушки - самоповешение (6,4%) и одна девушка - сознательный отказ от лечения тяжелого соматического заболевания (3,2%) (с целью смерти она прекратила инъекции инсулина, чем спровоцировала гипергликемическую кому).

С целью наглядности, описанные данные отражены на рисунке 1.

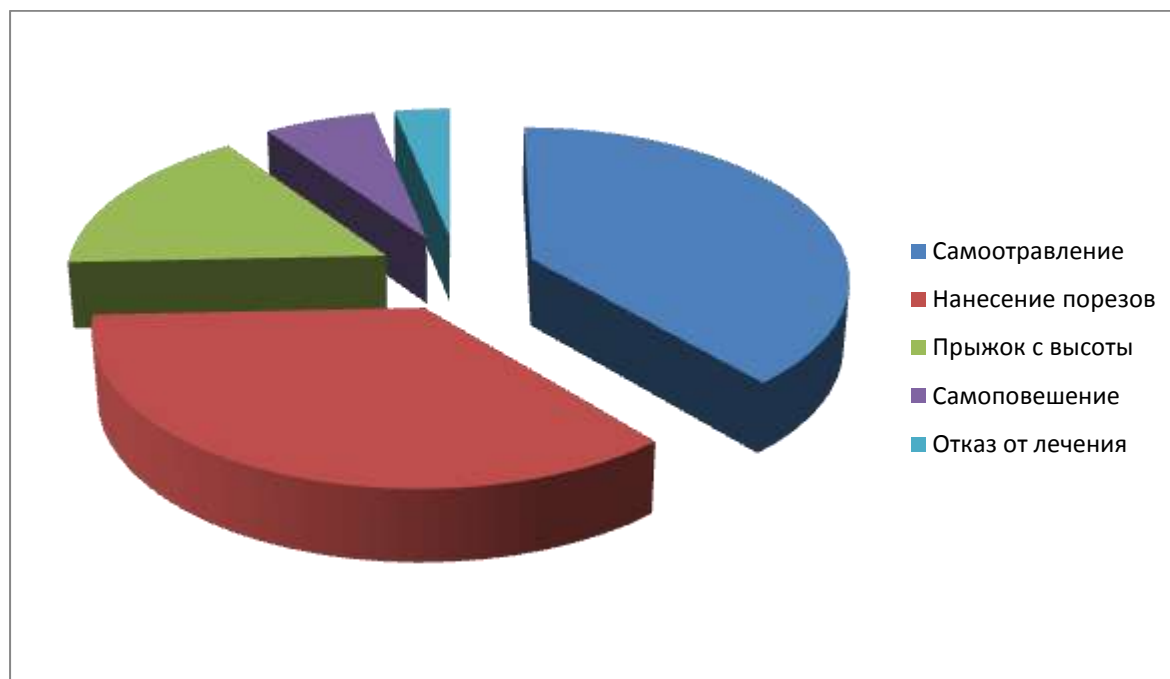


Рисунок 1. Способы суицидальных попыток девушек (количество в %)

Кроме того, мы считаем необходимым дать краткую психопатологическую характеристику самих девушек, совершивших попытку суицида.

Таблица 1.2

Присутствие психических расстройств в группе девушек подросткового возраста в п (%)

Диагноз по МКБ-10	Число девушек в группе	Доля, %
Норма психического здоровья	21	67,75
Формирующиеся личностные расстройства (F60)	5	16,12
Расстройства адаптации (F43)	4	12,9
Депрессивный эпизод (F32)	1	3,23

Полученные результаты отражают мнение большинства современных авторов (Soole R. et al., 2014; McLone S.G. et al., 2016; Weeks M., Colman I., 2016) - суицидальное поведение в подростковой среде более чем в половине случаев реализуется на фоне полного психического здоровья, и только отчасти обусловлено наличием нетяжелой психической патологии, способной актуализировать уже имеющиеся суицидальные наклонности.

2.2. Общая характеристика методов исследования

Для решения поставленных задач исследования использовались клиничко-психопатологический, психометрический и статистические методы. С каждым респондентом из экспериментальной и контрольной группы проводилось интервью, продолжительностью от одного до полутора часов, в ходе которого нами собирался анамнестический, клинический материал, а также совместно заполнялись бланки опросников. Помимо того, беседа несла психотерапевтический уклон с целью оказания психологической поддержки и консультации родителям, оказавшимся в непростой ситуации.

Обследование респондентов было построено на основе разработанного полуструктурированного интервью, включающее в себя различные диагностические блоки, соответствующие целям работы.

2.2.1. Суицидологическое и клинико-психопатологическое обследование

Данный исследовательский блок включал в себя сбор субъективного и объективного анамнеза, клиническое интервью, наблюдение за респондентом, изучение доступной медицинской документации.

В клиническую часть вошли сбор ряда данных анамнестического характера (половозрастные, семейные и профессиональные характеристики), а также изучение аутоагрессивных характеристик респондентов.

Для изучения аутоагрессивных спецификаций личности респондентов мы использовали модифицированный опросник, направленный на выявление аутоагрессивных паттернов в прошлом и настоящем (Шустов Д.И., Меринов А.В., 2000) утвержденный Секцией по наркологии Ученого Совета Минздрава России от 05.03.2000 года.

Опросник представляет собой определенный алгоритм выявления аутодеструктивного поведения в форме диагностического терапевтического интервью. При клинической диагностике аутоагрессивного поведения, в ходе интервью, определяются ключевые симптомы и пункты для психофармакотерапии или диспансерного наблюдения. В ходе психологически ориентированного интервью определяются аутодеструктивная программа и опорные пункты психотерапии. Подобный тип интервью повышает мотивацию лечения, становится базой последующей психотерапии, сам по себе вызывает позитивные личностные изменения у респондентов.

С помощью данного блока появилась возможность парциально рассмотреть аутоагрессивный профиль исследуемых лиц. В частности были изучены следующие направления:

1. Классическая суицидальная аутоагрессия - включает в себя суицидальные мысли, суицидальные попытки в прошлом (Шустов Д.И., 2000; Menninger К.А, 2000).
2. Несуицидальная аутоагрессия - включающая соматическую и травматическую патологию, опасные рискованные хобби и увлечения,

несчастные случаи в анамнезе, злоупотребление психо-активными веществами, виктимность и т.д. (Шустов Д.И., 2000; Menninger К.А, 2000; Федотов И.А., 2015).

3. Предикторы аутоагрессивного поведения подразумевающие наличие суицида близких людей, чувства одиночества, навязчивое чувство стыда, отсутствие смысла жизни и так далее.

Для количественного выражения уровня общей и суицидальной аутоагрессивности группы использовался коэффициент просуицидальной напряжённости (КПСН). Этот коэффициент представляет собой интегральный показатель, который получен в результате сложения произведений наличия определенных признаков у опрошенных, на коэффициенты линейной корреляции этих же признаков с фактом суицидальной активности в анамнезе (отдельно для мужской и для женской выборки). Эти признаки определяются при помощи ряда вопросов, положительные ответы на которые максимально связаны с фактом суицидальной аутоагрессии в анамнезе (Меринов А.В., 2012).

Кроме того, нами был применен клинический «Симптоматический опросник SCL-90-R» (Simptom CheckList-90-Revised) в модификации Н.В. Тарабриной (2001) являющийся скрининговой методикой определения различных имеющихся симптомов (Derogatis L.R. et al., 1973; Tan H. et al., 2015; Bernet W. et al., 2015; Urbán R. et al., 2016). Она включает в себя 90 вопросов, которые интерпретируются по девяти итоговым шкалам.

Шкала соматизации является общим показателем неблагополучности соматического здоровья, сюда относятся различные боли, общий дискомфорт, проблемы с сердечно-сосудистой системой, желудочно-кишечным трактом.

Обсессивно-компульсивная шкала характеризуется постоянно существующими мыслями, действиями, порывами чуждыми для Эго.

Межличностная сенситивность характеризуется ощущением дискомфорта, беспокойства, неполноценности по сравнению с другими людьми.

Шкала депрессии оценивает все клинические проявления депрессии, в том числе и мысли о суициде, потерю жизненной энергии.

Шкала тревожности оценивается общим уровнем тревоги, напряжением, нервозностью, приступы паники и ужаса не привязанным к чему-то конкретному.

Шкала враждебности подвергает оценке чувства, желания и действия, являющиеся частью аффективного негативного чувства злости.

Паранойяльные симптомы оцениваются посредством наличия подозрительности, враждебности, страха потери независимости.

Последняя шкала называется «Психотизм» и включает в себя вопросы, указывающие на симптомы шизофрении, зрительные и слуховые галлюцинации, шизоидный стиль жизни. Данная шкала является континуумом от межличностной изоляции до явных признаков психоза.

Предварительный скрининг на наличие признаков алкогольной зависимости у респондентов проводился с использованием теста CAGE, включенного в Методические рекомендации № 99/174 «Экспресс-диагностика (скрининг) хронической алкогольной интоксикации у больных соматического профиля», утвержденных Минздравом РФ 14.03.2000 г. (Ewin J.A., 1984; Friedman L.S. et al., 2000; Плавинский, С.Л. и др., 2013). В случае получения двух и более положительных ответов на вопросы CAGE, проводилась отдельная диагностическая беседа с целью уточнения наркологического статуса респондента.

2.2.2. Личностно-психологические методы исследования

В качестве психометрических методов исследования нами были использованы следующие методики, имеющие широкое распространение в отечественной и зарубежной суицидологической практике.

1. Опросник Плутчика-Келлермана-Конте - Индекс жизненного стиля (Life Style Index) направленные на определение особенностей функционирования механизмов психологической защиты (Plutchik R. et al., 1979 в адаптации Романовой Е.С., Гребенникова Л.Р., 1996). Механизмы психологической защиты появляются в детском возрасте для регуляции и сдерживания каких-либо эмоций. В своей основе механизмы психологической защиты имеют

механизм подавления, направленный на чувство страха. Выделяют восемь базовых механизмов - отрицание, вытеснение, регрессия, компенсация, проекция, замещение, интеллектуализация, реактивное образование. Наличие преобладания какого-то механизма позволяет косвенно определить уровень внутриличностной дезадаптации, так как дезадаптированные личности используют механизмы психологической защиты в большей степени, чем адаптированные гармоничные личности.

2. Опросник для диагностики специфики переживания гнева State Anger Inventory - STAXI направленный на определение состояния уровня гнева и его ориентацию (Spielberger C.D. et al., 1988 в адаптации Леоновой А.Б., Спилбергера Ч.Д., 2005). Оцениваются особенности переживания гнева (то есть эмоционального состояния, включающего в себя чувства злости, досады, напряжения, ярости), а так же индивидуальные черты отреагирования гнева. Особенностью теста является его возможность определять вектор направленности гнева: «гнев-внутри» - гнев и агрессия удерживается внутри личности, «гнев-вовне» - гнев отреагируется на окружающий мир.
3. Тест жизнестойкости - Hardiness Survey (Maddi S., Khoshaba D., 1994) в модификации Леонтьева Д.А., Рассказовой Е.И. (2006), позволяющий определить «уровень жизнестойкости», то есть способность личности выдержать стрессовые воздействия без существенного нарушения внутренней сбалансированности и снижения продуктивной деятельности. Проще говоря, жизнестойкость - это способность легко справляться со стрессами. Она состоит из трех компонентов: вовлеченности, контроля и принятия риска. Вовлеченность как параметр предполагает вовлеченность индивида в дела окружающего мира с целью самореализации. Противоположностью этого компонента является чувство отверженности, одиночества, ощущения себя «вне жизни». Контроль характеризуется убежденностью личности в том, что борьба помогает изменить ход дел и позволяет достигнуть успеха в самых разных жизненных ситуациях. Низкий

уровень контроля формирует чувство беспомощности и бессилия. Принятие риска характеризуется убежденностью в том, что любые жизненные ситуации способствуют развитию знаний и опыта, пусть даже и негативного.

4. Опросник временной перспективы Зимбардо - *Zimbardo Time Perspective Inventory* (Zimbardo P.G., 1997; Зимбардо Ф., Бойд Д., 2010 в адаптации Сырцовой А. и др., 2008) представляет собой методику, которая направлена на анализ отношения личности к временному континууму. Под временной перспективой подразумевается видение человеком своего прошлого или настоящего в будущем. Опросник дает нам пять характеристик личности, представленных ниже. Негативное прошлое отражает негативное и пессимистическое отношение к своему прошлому. Гедонистическое настоящее отражает гедонистическое отношение к жизни и времени, личность ориентирована на получения удовольствия и наслаждения. Так же имеется отражение общей ориентации на будущее. Позитивное прошлое отражает ностальгическое и позитивное восприятие своего прошлого. Фаталистическое настоящее является показателем отсутствия четкой и направленной временной перспективы, отношение к жизни полно беспомощности и безнадежности.
5. Опросник суицидального риска в модификации Разуваевой Т.Н. (1993) применялся в качестве экспресс-диагностики сформированности суицидальных намерений и суицидального риска в целом. Он представляет собой 29 вопросов, оценка ответов на которые позволяет сделать краткую предварительную оценку общего суицидального настроения личности.
6. Опросник Анализ семейных взаимоотношений - АВС (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В, 1990, 2001) - позволяющий определить тип патологизирующего воспитания. То есть, степень и вид эмоционального отторжения родителей ребенком. Результаты этого теста распределяются по шкалам и субшкалам. Общий принцип лежит в разделении результатов теста по уровню протекции в процессе воспитания, по степени

удовлетворения потребностей ребенка и по качеству и количеству требований к ребенку. Имеется шкала, определяющая неустойчивость стиля воспитания, то есть резкие переходы от очень строгого до крайне лояльного подхода к воспитанию и наоборот.

2.2.3. Математико-статистический анализ

Математико-статистический анализ проводился при помощи методов параметрической и непараметрической статистики с использованием руководств по прикладной медицинской статистике (Реброва О.Ю., 2002; Сидоренко Е.В., 2010) и программных пакетов Microsoft Excel 2007 и Statistica 10 (StatSoft Inc., 2011) и включал в себя следующие этапы:

- 1) подготовительный - внесение данных в таблицы, первичная статистическая обработка с расчетом мер центральной тенденции (мода, медиана, среднее арифметическое) и мер изменчивости (дисперсия, стандартное квадратическое отклонение), выбор критериев для проведения основной статистической обработки с учетом типа эмпирических данных, типа распределения и объема выборок.
- 2) основной - статистическая обработка эмпирических данных с применением выбранных многофункциональных и непараметрических критериев.
- 3) заключительный - интерпретация выявленных закономерностей с опорой на имеющиеся теоретические данные и ориентацией на цели и задачи работы.

Для математико-статистической обработки бинарных данных (ответы по типу «да/нет») был выбран многофункциональный ϕ -критерий Фишера. Данный критерий позволяет оценить достоверность различий между процентными долями двух выборок, в которых был зарегистрирован заявленный признак (например, ответ «да»). Ограничения для применения многофункционального критерия Фишера связаны с количеством испытуемых в выборках (при $N_1 \geq 5$ и $N_2 \geq 5$ возможны любые сравнения) и объемом сопоставляемых долей (при нулевой

частоте встречаемости заявленного признака результат может оказаться неоправданно завышенным).

Расчет мер центральной тенденции и мер изменчивости показал, что измеренные в интервальной шкале характеристики, не распределены по нормальному закону, что ограничивает нас в использовании параметрических методов анализа. Математико-статистическая обработка количественных данных, полученных с помощью различных психодиагностических инструментов, производилась с применением непараметрического U-критерия Манна-Уитни. Данный критерий предназначен для оценки достоверности различий между двумя выборками по уровню выраженности количественно измеренного признака. Применение метода Манна-Уитни ограничено только численностью сравниваемых выборок (допустимым является количество измерений от 3 до 60). Используемые методы статистической обработки данных резюмированы в таблице 2.

Таблица 2

Критерии, использованные для математико-статистической обработки эмпирических данных

<i>Статистическая задача</i>	<i>Сравниваемые выборки</i>	<i>Метод</i>
Сравнить две независимые выборки по одному признаку, измеренному в номинальной шкале.	Экспериментальная группа – 31 испытуемый (матери девушек - суициденток); контрольная группа – 60 испытуемых (матери «здоровых» девушек).	Многофункциональный ϕ - критерий Фишера.
	Экспериментальная группа – 31 испытуемый (отцы девушек - суициденток); контрольная группа – 60	

	испытуемых (отцы «здоровых» девушек).	
Сравнить две независимые выборки по одному признаку, измеренному в интервальной шкале.	Экспериментальная группа – 31 испытуемый (матери девушек - суициденток); контрольная группа – 60 испытуемых (матери «здоровых» девушек).	Непараметрический U-критерий Манна-Уитни.
	Экспериментальная группа – 31 испытуемый (отцы девушек - суициденток); контрольная группа – 60 испытуемых (отцы «здоровых» девушек).	

Глава 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РОДИТЕЛЕЙ ДЕВУШЕК, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНУЮ ПОПЫТКУ

Для решения поставленных задач и получения целостной картины в отношении суицидологически значимых паттернов и их предикторов у родителей девушек, совершивших суицидальную попытку, проведены следующие серии сравнений:

1. ОДСП и ОДнСП с целью изучения их отличий в отношении суицидологических характеристик.
2. МДСП и МДнСП с целью изучения их отличий в отношении суицидологических характеристик.

3.1. Суицидологические показатели ОДСП

В начале рассмотрим представленность классических суицидологических паттернов поведения в исследуемой группе, что нашло отражение в таблице 3.1.1.

Таблица 3.1.1

Сравнение показателей суицидальной аутоагрессии в группах ОДСП и ОДнСП в п (%)

	ОДСП, n=31 в п (%)	ОДнСП, n=60 в п (%)	φ эмп.	Уровень значимости
Попытка суицида в анамнезе	6 (19,35 %)	2 (3,33 %)	3,490	p<0,01
Мысли о	14	11	2,463	p<0,01

суициде	(45,16 %)	(18,3 %)		
Мысли о суициде в последние два года	10 (32,25 %)	6 (10 %)	3,347	p<0,01

Вышеуказанные данные позволяют нам утверждать, что классические суицидальные паттерны (попытки суицида и суицидальным мысли) в значительно большей степени характеризуют ОДСП. Чтобы избежать оценки реактивного повышения исследуемых показателей в группе ОДСП после суицидальной попытки дочери, мы оценивали так же их уровень в предыдущие два года. Все попытки суицида родителей были совершены до суицидальной попытки ребенка. Это позволяет нам констатировать изначально высокую собственную суицидальную активность изучаемой группы.

Далее проанализируем представленность несуицидальной аутоагрессии в группах мужчин. Это осознанные и неосознанные действия, ведущие к физическому (психическому) саморазрушению, но не преследующие смерть как непосредственную цель.

Таблица 3.1.2

**Сравнение показателей несуицидальной аутоагрессии в группах
ОДСП и ОДнСП в п (%)**

	ОДСП, n=31 в п (%)	ОДнСП, n=60 в п (%)	φ эмп.	Уровень значимости
Наличие травматической патологии в анамнезе	5 (16,12 %)	2 (3,33 %)	2,084	p<0,05
Серьезные оперативные	7 (22,58 %)	4 (6,66 %)	2,115	p<0,05

вмешательства				
Черепно-мозговые травмы	3 (9,67 %)	0 %	2,848	p<0,01
Наличие соматических заболеваний	26 (83,87 %)	10 (16,66 %)	6,663	p<0,01
Несчастные случаи, опасные для жизни	17 (54,83 %)	7 (11,67 %)	5,886	p<0,01
Злоупотребление алкоголем (субъективная оценка)	13 (41,93 %)	3 (5 %)	4,326	p<0,01
Опасные хобби, увлечения, наклонности	3 (9,67 %)	0 %	2,911	p<0,01
Подвергались насилию в детстве	6 (19,35 %)	2 (3,33 %)	2,463	p<0,01
Нанесение самоповреждений	13 (41,93 %)	5 (6,57 %)	3,725	p<0,01
Употребление (в том числе разовое) наркотических препаратов в анамнезе	13 (41,93 %)	11 (18,3 %)	6,365	p<0,01
Склонность к неоправданному риску	7 (22,58 %)	7 (11,66 %)	4,107	p<0,01
Обморожения	3 (9,67 %)	1 (1,66 %)	1,699	p<0,05

Являлись жертвами воровства	15 (48,38 %)	2 (3,33 %)	5,298	p<0,01
Ожоги во сне	5 (16,12 %)	2 (3,33 %)	2,084	p<0,05
Бытовые ожоги	12 (38,70 %)	4 (6,66 %)	5,773	p<0,01

Таким образом, оценивая распространенность несуицидальных аутоагрессивных феноменов, мы снова видим, что группа отцов девушек, совершивших суицидальную попытку, имеет соответствующие высокие показатели (касающиеся самых разных вариантов несуицидальной реализации аутоагрессивных импульсов).

Полученные данные, касающиеся суицидального и несуицидального векторов аутоагрессивности личности, позволяют предположить, что изучаемая группа имела и имеет высокий собственный антивита́льный потенциал. Часть его, безусловно, становилась известна ребенку, либо переходила в раздел «семейных секретов», которые не проговариваются, но, тем не менее, известны всем членам.

Не менее интересными представляются данные о наличии и выраженности предикторов аутоагрессии в изучаемой группе, что отражено в таблице 3.1.3.

Таблица 3.1.3

**Наличие и выраженность предикторов аутоагрессии в группах
ОДСП и ОДнСП в п (%)**

	ОДСП, n=31 в п (%)	ОДнСП, n=60 в п (%)	φ эмп.	Уровень значимо сти
Наблюдение у психиатра	2 (6,45 %)	0 %	2,314	p<0,05
Суицид близких людей	12 (38,70 %)	0 %	6,071	p<0,01

Долго переживаемое чувство вины	14 (45,16 %)	6 (10 %)	3,747	p<0,01
Навязчивое чувство стыда	4 (12,90 %)	2 (3,33 %)	1,672	p<0,05
Беспричинное снижение настроения, приступы депрессии	19 (61,29 %)	14 (23,33 %)	5,172	p<0,01
Периоды безысходности	10 (32,25 %)	8 (13,33 %)	2,079	p<0,05
Навязчивые угрызения совести	8 (25,80 %)	2 (3,33 %)	3,169	p<0,01
Верят, что умрут нескоро	10 (32,25 %)	40 (66,66 %)	3,173	p<0,01
Способность нарушить моральные принципы	5 (16,12 %)	6 (10 %)	2,272	p<0,05
Склонны к проявлению агрессии	8 (25,80 %)	2 (3,33 %)	3,169	p<0,01
Часто били родители в детстве	7 (22,58 %)	6 (10 %)	3,735	p<0,01
Не видят смысла	3	1	1,699	p<0,05

В жизни	(9,67 %)	(1,66 %)		
Верят в жизнь после смерти	9 (31,71 %)	39 (64,63 %)	3,448	p<0,01

В целях повышения наглядности таблицы, основные и ключевые показатели мы разместили на рисунке 2.1.

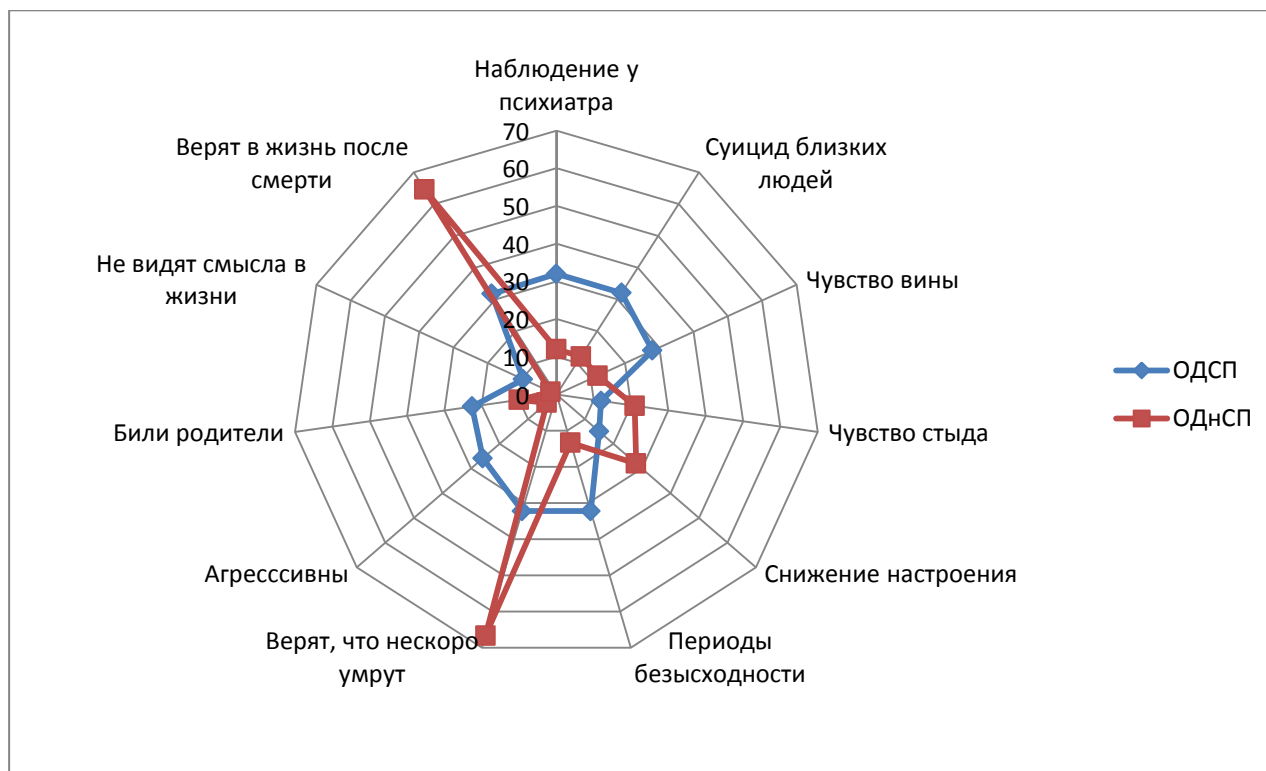


Рисунок 2.1. - Наличие и выраженность предикторов аутоагрессии в группах ОДСП и ОДСП в %

Как легко заметить в группе ОДСП отмечается накопление значимых в суицидологической практике предикторов саморазрушающего поведения. Полученные данные согласуются с данными приведенными в таблицах 3.1.1 и 3.1.2, что в совокупности позволяет утверждать, что отцы девушек, совершивших попытку самоубийства, - это группа мужчин с собственным высоким аутоагрессивным потенциалом, заслуживающая пристального внимания суицидологической службы.

Это подталкивает к мысли, что решение проблем ребенка немислимо без комплексной работы с семьей, так как ту «просуицидальную» атмосферу, в которой находится ребенок, трудно назвать средой для эффективной поственции.

При обследовании ОДСП были выявлены определенные, вызывающие интерес, характеристики анамнестического характера.

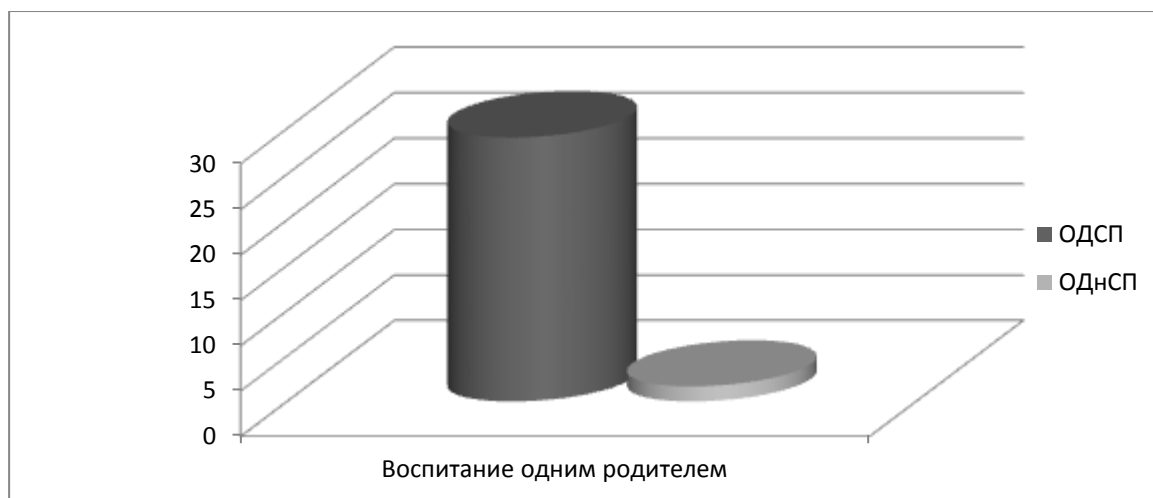


Рисунок 2.2. - Особенности воспитания и личностных черт групп (%)

Мы наблюдаем, что неблагополучный семейный анамнез (воспитание одним родителем) более характерен для ОДСП, что по данным ряда исследователей, является предиктором повышенной суицидальности (Wilcox Н.С., 2010; Ефимова Д.В., 2014; Pompili M.et al, 2013). Так же они испытывают сложности с выражением своих личных переживаний, предпочитая держать проблемы в себе, так только 22,58% отцов в группе ОДСП легко делятся своими проблемами с окружающими людьми. Этот же показатель в группе ОДнСП составил 56,67%. Что характерно, эта же особенность родителей проявляется и в плоскости обсуждения проблем с ребенком. Ребенок так же предпочитал не обсуждать проблемы с родителями, так как те зачастую были не способны, в силу указанных особенностей, дать необходимую поддержку. Это положение находит свое подтверждение при изучении психологических характеристик родителей, изложенных в следующей главе диссертации.

Для количественной оценки аутоагрессивной сферы групп, а так же для исключения спорадического накопления исследуемых признаков нами были определены коэффициенты КПСН и КПСН за последние два года (Меринов А.В., 2012), указанные в таблице 3.1.4.

Уровни КПСН в исследуемых группах отцов

	ОДСП n=31	ОДнСП n=60
КПСН	3,5±1,8	1,0±0,4
КПСН за последние два года	1,8±0,9	0,4±0,3

Согласно статистически достоверным данным, группа ОДСП в сравнении с группой ОДнСП проявляет и демонстрирует большую выраженность классических суицидальных проявлений, несуицидальные аутоагрессивные паттерны, а так же предикторы суицидального поведения. Это позволяет в целом оценить группу ОДСП как опасную по критериям суицидальной активности.

3.2. Суицидологическая характеристика МДСП

Сравнение в данных группах проведено по такому же принципу, что и в серии сравнения ОДСП и ОДнСП.

В таблице 3.2.1 представлены отличия между группами по классическим суицидальным паттернам.

Таблица 3.2.1

Сравнение показателей суицидальной аутоагрессии в группах

МДСП и МДнСП в п (%)

	МДСП, n=31 в п (%)	МДнСП, n=60 в п (%)	ф эмп.	Уровень значимости
Попытка суицида в анамнезе вообще	4 (12,9 %)	3 (5 %)	3,322	p<0,01
Мысли о суициде в анамнезе	13 (41,93 %)	10 (16,7 %)	3,720	p<0,01

вообще				
Мысли о суициде в течение последних двух лет	11 (35,48 %)	9 (15 %)	2,31	p<0,01

Как видно из представленной таблицы, в группе МДСП достоверно чаще встречаются классические паттерны саморазрушающего поведения, такие как мысли о суициде и попытки суицида в анамнезе. Их выраженность несколько меньше, чем в группе ОДСП, что, вероятно, объясняется гендерными различиями. Аналогично группы ОДСП, во избежание оценки реактивного повышения исследуемых показателей в группе МДСП после суицидальной попытки дочери, мы оценивали так же их уровень в предыдущие два года. Все попытки суицида родителей были совершены до суицидальной попытки ребенка. Это так же позволяет нам констатировать изначально высокую собственную суицидальную активность изучаемой группы.

Далее оценим в исследуемой группе частоту несуицидальных аутоагрессивных действий. Соответствующие показатели отражены в таблице 3.2.2.

Таблица 3.2.2

**Сравнение показателей несуицидальной аутоагрессии в группах
МДСП и МДнСП в п (%)**

	МДСП, n=31 в п (%)	МДнСП, n=60 в п (%)	φ эмп.	Уровень значимости
Наличие травматической патологии в анамнезе	7 (22,58 %)	3 (5 %)	2,427	p<0,01
Серьезные операционные	8 (25,8 %)	5 (8,33 %)	2,500	p<0,01

вмешательства				
Черепно-мозговые травмы	7 (22,58 %)	1 (1,66 %)	3,318	p<0,01
Несчастные случаи, опасные для жизни	9 (29,03 %)	3 (5 %)	3,101	p<0,01
Наличие хронических соматических заболеваний	19 (61,29 %)	11 (18,33 %)	4,127	p<0,01
Злоупотребление алкоголем (субъективная оценка)	7 (22,58 %)	2 (3,33 %)	2,816	p<0,01
Курение	18 (58,06 %)	18 (30 %)	2,586	p<0,01
Опасные хобби, увлечения, наклонности	7 (11,66 %)	0 %	3,142	p<0,01
Подвергались насилию в детстве	10 (32,25 %)	2 (3,33 %)	3,806	p<0,01
Нанесение самоповреждений	6 (19,35 %)	3 (5 %)	3,725	p<0,01
Употребление (в том числе разовое) наркотических препаратов в анамнезе	9 (29,03 %)	6 (10 %)	5,140	p<0,01
Склонность к неоправданному риску	15 (48,38 %)	5 (8,33 %)	4,308	p<0,01
Являлись жертвами воровства	13 (41,93 %)	6 (10 %)	3,454	p<0,01
Наличие бытовых	11	6	2,848	p<0,01

ожогов	(35,48 %)	(10 %)		
--------	-----------	--------	--	--

Группа МДСП демонстрирует достоверное преобладание несуицидальных форм аутодеструктивного поведения, по сравнению с МДнСП. Для них более характерна травматическая, соматическая патология, виктимность, опасные и рискованные хобби и прочие значимые несуицидальные паттерны.

Таблица 3.2.3

**Представленность предикторов аутоагрессивного поведения в группах
МДСП и МДнСП в п (%)**

	МДСП, n=31 в п (%)	МДнСП, n=60 в п (%)	φ эмп.	Уровень значимости
Суицид близких людей	4 (12,9 %)	1 (1,66 %)	2,174	p<0,05
Долго переживаемое чувство вины	14 (45,16 %)	10 (16,66 %)	2,866	p<0,01
Навязчивое чувство стыда	13 (41,93 %)	3 (5 %)	4,326	p<0,01
Чувство одинокости	5 (16,12 %)	3 (5 %)	1,695	p<0,05
Беспричинное снижение настроения, приступы депрессии	20 (66,67 %)	16 (26,66 %)	4,475	p<0,01
Периоды безысходности	20 (64,51 %)	11 (18,33 %)	4,435	p<0,01

Навязчивые угрызения совести	12 (38,7 %)	5 (8,33 %)	3,431	p<0,01
Верят, что умрут нескоро	12 (38,7 %)	45 (75 %)	3,395	p<0,01
Часто били родители в детстве	11 (35,48 %)	8 (13,33 %)	2,382	p<0,01
Способность нарушить моральные принципы	7 (22,58 %)	4 (6,66 %)	2,115	p<0,05
Склонны к проявлению агрессии	10 (32,25 %)	2 (3,33 %)	3,806	p<0,01
Верят в Бога	17 (54,83 %)	47 (78,33 %)	2,283	p<0,05
Верят в жизнь после смерти	8 (25,8 %)	38 (63,33 %)	3,499	p<0,01

Ожидаемо, что группа МДСП продемонстрировала большое количество предикторов саморазрушающего поведения при сравнении с группой МДнСП. Обобщая полученные данные, можно с уверенностью говорить о том, что группа МДСП является крайне неблагополучной по собственному суицидологическому фону. Достоверно чаще они демонстрируют как суицидальные, так и несуйцидальные проявления аутоагрессии.

В целях повышения наглядности таблицы, основные и ключевые показатели мы разместили на рисунке 3.1.

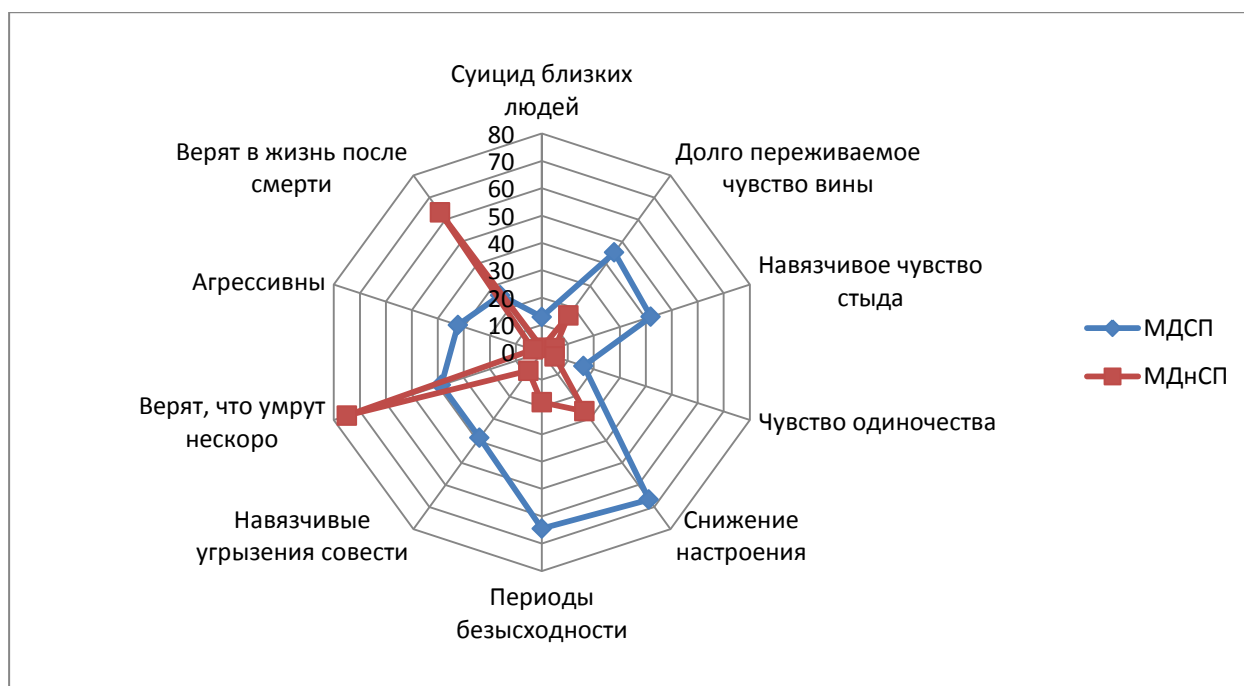


Рисунок 3.1. - Представленность предикторов аутоагрессивного поведения в группах МДСП и МДнСП в п (%)

Кроме того, нами были обнаружены интересные особенности в отношении полноты родительских семей МДСП.

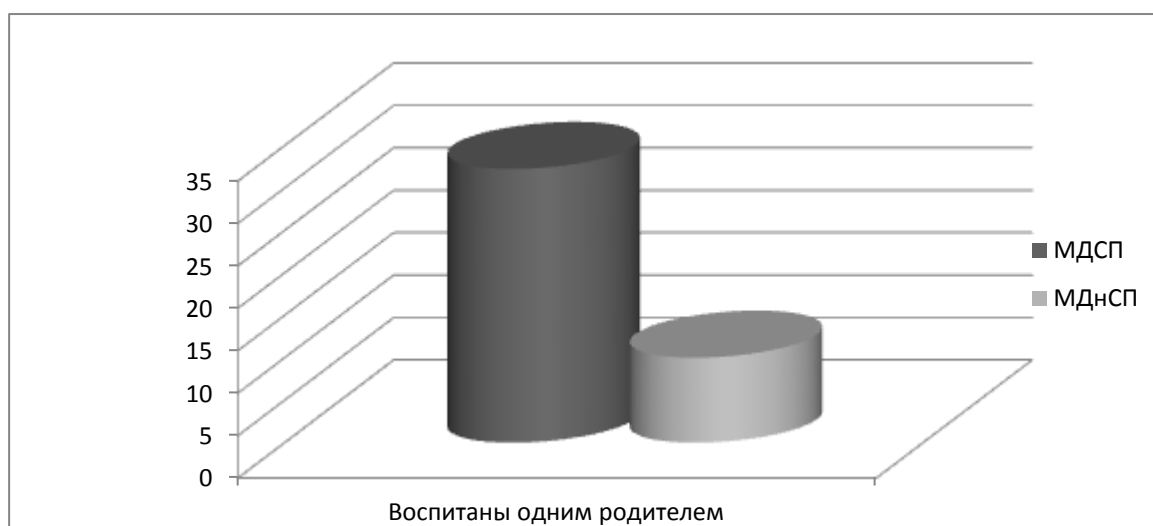


Рисунок 3.2. - Воспитание в неполных семьях у МДСП и МДнСП (%)

Хорошо видно, что треть исследуемых респондентов воспитана в неполных семьях, как и в группе ОДСП.

Кроме того, исследуемую группу характеризует неспособность обсуждать собственные проблемы с другими людьми (так, только 22,58% матерей из группы

МДСП могут свободно обсуждать личные проблемы, а в группе МДнСП эта цифра составляет 56,67%), что так же не способствует развитию конструктивных способов решения конфликтных ситуаций.

Уровни КПСН так же значительно выше в группе МДСП, что отражено в таблице 3.2.4.

Таблица 3.2.4

Уровни КПСН в исследуемых группах МДСП и МДнСП в $M \pm m$

	МДСП, n=31	МДнСП, n=60
КПСН	5,5±2,3	0,8±0,4
КПСН за последние два года	2,0±1,3	0,6±0,3

Таким образом, все полученные данные позволяют расценивать нам группу МДСП как популяционный срез, имеющий значительное количество стигм аутодеструкции и обладающий выраженным аутоагрессивным потенциалом.

Все полученные данные всех групп сравнения позволяют охарактеризовать исследуемые выборки ОДСП и МДСП вместе и по отдельности как срез популяции, имеющий значительное количество стигм аутодеструкции и обладающий выраженным аутоагрессивным потенциалом. Достоверно чаще в их группах преобладают как классические суицидальные паттерны (такие как попытки самоубийства, мысли о суициде), так и несуйцидальные формы аутодеструкции (рискованное и виктимное поведение, соматическая и травматическая патология, прием алкоголя и других психо-активных веществ). Кроме того, группы МДСП и ОДСП отличаются широкой представленностью предикторов аутоагрессивного поведения.

Таким образом, нормативный институт семьи, каким мы его понимаем, в исследуемых семьях нарушен. Семья подразумевает общность интересов и

отстаивание своих позиций в обществе, поддержку всех членов семьи, социализацию детей, преемственность отношений. В данном же случае мы можем говорить о семье «высокого суицидального риска». Если рассматривать МДСП и ОДСП в контексте аутоагрессивности, можно говорить о суммировании личной аутоагрессии отцов и матерей и, безусловно, передаче суицидального импульса своему ребенку.

На фоне полученных данных, можно с уверенностью утверждать, что эффективная профилактика суицида как первичная, так и вторичная, невозможна в случае изолированного психотерапевтического, социального воздействия на ребенка. Работа, направленная на превенцию суицида должна активно задействовать родителей и, в первую очередь, воздействовать на их собственную повышенную аутоагрессивность. Прорабатывая аутоагрессивные импульсы только у ребенка, специалисты обречены на неудачу, так как внутрисемейный аутодеструктивный фон может превалировать над психотерапевтическими усилиями. Подчеркнем, что этот фон является тщательно скрываемым при поверхностных диагностических беседах и его обнаружение требует некоторых усилий, которые должны опираться на выявленные в исследовании индикаторы.

Глава 4. ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУПП МДСП И ОДСП

4.1. Личностно-психологическая и клиническая характеристика ОДСП

В первую очередь рассмотрим показатели опросника суицидального риска, являющегося методикой, позволяющей оценить общее состояние респондента на предмет возможности совершения аутодеструктивных действий. Его основные результаты представлены в таблице 4.1.1.

Таблица 4.1.1

Уровень субшкальных диагностических концептов в группе ОДСП

	ОДСП n=31, Ед.	ОДнСП n=60, Ед.	U эмп.	Уровень значимости
Несостоятельность	69,677	41,666	372,5	p<0,01
Слом культурных барьеров	45,141	37,216	610,5	p<0,05
Максимализм	59,677	23,333	423	p<0,01
Временная перспектива	38,851	21,71	529	p<0,01
Антисуицидальный фактор	48,387	45	614	p<0,05

Данные субшкалы «Несостоятельность» соответствуют повышенному уровню. Это говорит об отрицательной концепции собственной личности (концепция «Я - плохой»). Повышение уровня в этом случае говорит о собственных представлениях моральной, физической, социальной несостоятельности.

Так же высокую степень преобладания демонстрирует субшкала «Максимализм». Это соответствует фиксации на собственных неудачах, о переносе локальных проблем на все аспекты жизни.

Субшкала «Временная перспектива» находится в границах среднего уровня, но, тем не менее, значительно выше в группе ОДСП нежели в контрольной группе. Это говорит о сложностях с конструктивным планированием своего будущего, а так же о страхе перед будущим. Будущее в таком случае видится бесперспективным, опасным, не сулящим ничего позитивного.

«Слом культурных барьеров» - своеобразный культ суицида, обесценивание жизни, а так же поиск взглядов в культуре, кино, литературе, которые оправдывают самоубийство. Это говорит о своеобразном моральном принятии суицида как явления личностью.

В то же время, несмотря на негативные показатели предыдущих шкал, мы можем обнаружить выраженный «Антисуицидальный фактор», даже преобладающий над группой ОДнСП. Его наличие является защищающим фактором, даже в случае высоких показателей по другим шкалам. Антисуицидальный фактор складывается из чувства долга и ответственности, боязни о близких людях, страха боли, греховности суицида и т.д. В определенном смысле этот фактор может быть отправной точкой для психокоррекционной работы.

Далее рассмотрим данные опросника State-Trait Anger Inventory, определяющего уровень и вектор направленности гнева. Интересующие нас параметры, достоверно отличающие группу, указаны в таблице 4.1.2.

Таблица 4.1.2

Особенности и вектор гнева в группе ОДСП

	ОДСП n=31, Ед.	ОДнСП n=60, Ед.	U эмп.	Уровень значимости

Агрессия как темперамент (TRATE-ANGER/T)	6,516	3,95	246	p<0,01
Аутоагрессия (AX/IN)	16,032	11,65	331,5	p<0,01
Контроль агрессии (AX/CON)	24,935	19,5	518	p<0,05

Как мы можем заметить, согласно данным теста STAXI, респонденты группы ОДСП достоверно чаще обладают взрывным темпераментом. Кроме того, респонденты из группы ОДСП обладают выраженной способностью направлять собственный гнев на себя, что в ряде работ описывается в категориях аутоагрессивного поведения (Меринов А.В., 2012), что вполне согласуется с данными приведенными в главе 3. Так же мы можем утверждать, что мужчины из группы ОДСП имеют определенные сложности с контролем своего гнева. Созвучные данные мы получили при оценке суицидологической характеристики этой группы.

Не менее важной является оценка преобладающих механизмов психологической защиты, главные особенности которой отображены в таблице 4.1.3.

Таблица 4.1.3

Профиль психологических защитных механизмов в группе ОДСП

	ОДСП n=31, Ед.	ОДнСП n=60, Ед.	U эмп.	Уровень значимости
Вытеснение	8,387	3,05	709	p<0,05
Проекция	11,548	7,9	665,5	p<0,05

При оценке результатов данной методики, мы выяснили, что высокие показатели присущи двум механизмам психологической защиты личности. В первую очередь, это вытеснение. Вытеснение - это механизм, позволяющий

личности переместить определенные мысли, импульсы, желания, вызывающие тревогу, в бессознательную часть. Подавленные импульсы, тем не менее, все же сохраняют способность вызывать эмоциональные и психо-вегетативные реакции. Механизм проекции подразумевает перенос собственных негативных, постыдных, отвергаемых черт личности во вне (часто другим людям), делая их вторичными. Так, например, респонденты из группы ОДСП чаще отмечают, что окружающий мир несправедлив, опасен, агрессивен, именно поэтому они склонны проявлять агрессию.

Далее рассмотрим данные теста жизнестойкости и опросника временной перспективы. Статистически значимые отличия в показателях этих тестов представлены в таблице 4.1.4.

Таблица 4.1.4

**Жизнестойкость и временная перспектива респондентов из группы
ОДСП**

	ОДСП n=31, Ед.	ОднСП n=60, Ед.	U эмп.	Уровень значимости
Вовлеченность	28,774	36,6	512,5	p<0,01
Принятие риска	13,354	17,35	448,5	p<0,01
Общая жизнестойкость	69,096	83,316	551,5	p<0,01
Гедонистическое настоящее	4,558	3,316	200,5	p<0,01
Фаталистическое настоящее	2,174	1,058	645	p<0,01

Вовлеченность, являясь одной из шкал теста жизнестойкости, отражает «включенность» в процесс жизни. Она базируется на убежденности, что чем активнее личность участвует в окружающем, тем больше шансов у нее найти что-то стоящее и ценное. В нашем же случае, ее низкий уровень свидетельствует об

ощущении членов группы ОДСП себя «вне жизни», отверженности миром. Более низкое принятие риска, чем в группе ОДнСП, так же говорит о неспособности респондентов предпринимать активные действия без четких гарантий. Неудачи и разочарования воспринимаются не как неизбежный жизненный опыт, своеобразная школа жизни, а как собственная ошибка, недоработка. Так же мы можем говорить о низком общем уровне жизнестойкости группы ОДСП. Общая жизнестойкость - обширное понятие, включающее в себя отношения личности с миром, место личности в мире, способность преодолевать трудности и т.д. То есть на основании вышеизложенных данных теста мы можем сказать, что у группы ОДСП существуют сложности с принятием себя в окружающей действительности, они крайне уязвимы к стрессам, трудностям, не обладают личностной гибкостью.

В отношении временной перспективы данные не менее интересны. Выраженность шкалы «Гедонистического настоящего» позволяет предположить рискованное, виктимное отношение к жизни, ориентированное на получение удовольствия, наслаждения и отсутствие заботы о будущем. В случае группы ОДСП, подтверждением этого предположения является прием наркотиков и других психоактивных веществ респондентами этой группы. Фаталистическое настоящее отражает безнадежное, беспомощное отношение к собственному будущему. Будущее воспринимается как неизбежность, на которую невозможно повлиять, оно предопределено и его только остается смиренно и покорно ждать.

Очень обширную информацию мы получили при анализе семейных взаимоотношений. В таблице 4.1.5 представлены шкалы, продемонстрировавшие статистически значимые отличия.

Таблица 4.1.5

Анализ внутрисемейных отношений в группе ОДСП

	ОДСП n=31, Ед.	ОДнСП n=60, Ед.	U эмп.	Уровень значимости

Гипопротекция (шкала Г-)	5,548	2,166	199	p<0,01
Потворствование (шкала У+)	5,290	3,933	632	p<0,01
Недостаточность требований-обязанностей ребенка (шкала Т-)	3,096	1,1	244,5	p<0,01
Недостаточность требований-запретов к ребенку (шкала З-)	2,870	1,983	541,5	p<0,01
Неустойчивость стиля воспитания (шкала Н)	3,935	1,75	548,5	p<0,01
Фобия утраты ребенка (шкала ФУ)	4,677	1,75	267,5	p<0,01
Проекция на подростка собственных нежелательных качеств (шкала ПНК)	2,290	1,166	560	p<0,01

Изначально мы видим высокий уровень сниженной протекции. В таком случае подросток часто находится на периферии родительского внимания, до него «не доходят руки». Взгляд на подростка обращают только в случае какого-либо серьезного повода или происшествия. Такой подход повышает риск свершения подростком демонстративного суицида в попытке обратить внимание на свою личность.

Оценивая требования-обязанности и требования-запреты, направленные на подростка, мы видим их недостаточность. В таком случае ребенок имеет малое количество повседневных обязанностей, при этом родители сообщают о сложности привлечения ребенка к выполнению каких-либо заданий. Кроме этого,

ребенок обладает небольшим количеством запретов и, даже нарушая их, он понимает, что не понесет серьезного наказания. Родители либо не способны, либо не хотят установить рамки и запреты. То есть, подросток самостоятельно определяет свой распорядок дня, круг общения, решает, принимать ли ему алкоголь и другие психоактивные вещества. Подобные воспитательские черты провоцируют развитие гипертимной или неустойчивой акцентуации личности у подростка.

В рамках оценки степени удовлетворенности потребностей ребенка мы обнаруживаем потворствование его желаниям. Родители без критики стремятся выполнить запрос подростка. Причины этого кроются в бессознательной проекции собственных неудовлетворенных желаний.

Обращает на себя внимание выраженная фобия потери ребенка. Обычно она развивается в случае гиперпротективного воспитания, но, по всей видимости, в этих случаях она стала реакцией родителей на суицидальные попытки дочерей. Этот же страх потери вызвал полученную нами шкалу потворствования ребенку, которая редко формируется на фоне гиперпротекции.

Наталкивает на размышления шкала проекции на ребенка собственных нежелательных качеств. Ее выраженность говорит об активной борьбе родителя с какой-либо чертой характера подростка, часто мнимой, но которая есть у него самого. В подобном случае в борьбе с ней родитель получает эмоциональную выгоду, начиная верить в то, что конкретно у него нет таких черт характера. Так, часто родители борются с агрессивностью, ленью, несдержанностью, влечением к алкоголю своих детей.

Венчает все эти семейные особенности неустойчивость стиля воспитания. Это подразумевает частую и хаотичную смену родительских установок от крайне лояльных до строгих, а так же смену пристального внимания к ребенку на полное равнодушие.

Обобщая полученные данные, мы можем оценить стиль воспитания ОДСП как гипопротекция, означающая сниженное внимание к ребенку. Родители не сильно интересуются переживаниями, успехами своих детей. В семье, конечно,

есть рамки и запреты, но их выполнение никто не контролирует. Часто это связано с чрезмерной занятостью родителей на работе или решением своих проблем. На фоне этого подросток чувствует одиночество, без поддержки родителей он часто испытывает отрицательные эмоции. Ребенок приучается существовать самостоятельно, часто попадает в асоциальные компании, употребляет алкогольные напитки и наркотические вещества. В связи с вседозволенностью ребенка, его бездумным времяпрепровождением не развивается организованность, саморегуляция, формируется гипертимная или неустойчивая акцентуация личности, которым свойственны вспышки агрессии и аутоагрессии, алкогольная и наркотическая зависимости, особенно при гипопротекции.

Далее оценим клинические параметры, полученные при помощи тестов CAGE и Symptom CheckList-90-Revised.

Таблица 4.1.6

Присутствие клинических симптомов в группе ОДСП

	ОДСП n=31, Ед.	ОДнСП n=60, Ед.	U эмп.	Уровень значимости
CAGE	2,19	0,94	399	p<0,01
Соматизация	8,985	3,573	487,5	p<0,01
Навязчивости	6,893	2,626	626,5	p<0,01
Депрессия	9,652	3,486	671,5	p<0,05

Как мы видим в таблице 4.1.6, по результатам теста CAGE, респонденты группы ОДСП набрали 2,19 балла из 4 возможных, что значительно выше, чем в группе контроля. Из этого мы делаем вывод, что мужчины из группы ОДСП значительно чаще систематически употребляют алкоголь. Кроме того, с каждым отцом, получившим два и более балла в тесте, проводилась клиническая беседа, направленная на диагностику возможного наличия алкогольной зависимости.

Семи мужчинам был поставлен диагноз - синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя, вторая стадия, что составило 22,58%. В группе ОДнСП этот же показатель составил 3,33%.

Мы наблюдаем высокие показатели по шкале соматизации, что подтверждено так же личной оценкой респондентов и результатами оценки аутоагрессивного профиля. Повышенный уровень шкалы депрессии ожидаем после суицидального поведения дочерей, но как демонстрировала оценка аутоагрессии, сниженное настроение существует уже давно и часто возникает.

Так же, во время очной беседы с каждым респондентом, были обнаружены некоторые психические расстройства, отражённые в таблице 4.1.7.

Таблица 4.1.7

Присутствие психических расстройств в группе ОДСП в п (%)

	ОДСП n=31	ОДнСП n=60
Алкогольная зависимость, вторая стадия. Нестойкая ремиссия (F 10.2)	7 (22,58)	2 (3,33)
Депрессивный эпизод легкой степени (F 31.1)	3 (9,67)	1 (1,66)
Преимущественно навязчивые мысли или размышления (F 42.0)	4 (12,9)	2 (3,33)
Ипохондрическое расстройство (F 45.2)	1 (3,22)	0
Бессонница неорганической этиологии (F 51.0)	4 (12,9)	1 (1,66)

Указанные данные говорят о преобладании в исследуемой группе различной непсихотической психической патологии. Попутно отметим, что обнаруженные

психические отклонения не являлись непосредственной реакцией на парасуицид дочери, и отмечались у респонденток и ранее.

4.2. Личностно-психологическая и клиническая характеристика МДСП

Начнем с оценки данных, полученных при помощи опросника суицидального риска. Основные данные представлены в таблице 4.2.1.

Таблица 4.2.1

Уровень субшкальных диагностических концептов в группе МДСП

	МДСП n=31, Ед.	МДнСП n=60, Ед.	U эмп.	Уровень значимости
Несостоятельность	53,548	43	714,5	p<0,05
Слом культурных барьеров	58,054	38,886	644,5	p<0,01
Максимализм	38,709	21,666	670,5	p<0,05
Антисуицидальный фактор	46,774	42,008	539,5	p<0,05

Как и в группе ОДСП, мы наблюдаем высокие показатели шкал «Несостоятельность», «Слом культурных барьеров» и «Максимализм». Это говорит об отрицательной концепции собственного «Я», фиксации на локальных неудачах и довольно лояльном отношении к самоубийству. Группа матерей из экспериментальной группы так же обладает выраженным защищающим антисуицидальным фактором.

Далее рассмотрим данные опросника State-Trait Anger Inventory для группы МДСП, определяющего уровень и вектор направленности гнева. Значимо отличающиеся параметры указаны в таблице 4.2.2.

Таблица 4.2.2

Особенности и вектор гнева в группе МДСП

	МДСП n=31, Ед.	МДнСП n=60, Ед.	U эмп.	Уровень значимости
Агрессия как темперамент (TRATE-ANGER/T)	6,451	4,25	39 9	p<0,01
Аутоагрессия (AX/IN)	16,032	11,65	33 1,5	p<0,01

Группа МДСП демонстрирует нам высокий уровень аутоагрессивности, что уже было подтверждено в предыдущей главе, и соответствующий темперамент. Эти данные сопоставимы с показателями, полученными у ОДСП, за исключением показателя контроля агрессии, который характеризует изолированно мужскую группу.

Далее оценим преобладающие механизмы психологической защиты, которые отражены в таблице 4.2.3.

Таблица 4.2.3

Профиль психологических защитных механизмов в группе МДСП

	МДСП n=31, Ед.	МДнСП n=60, Ед.	U эмп.	Уровень значимости
Вытеснение	8,387	3,05	709	p<0,05
Замещение	7,387	3,85	566	p<0,01
Реактивное образование	8,935	3,333	502	p<0,01

Механизм вытеснения, как и у отцов из экспериментальной группы, является одним из ведущих в группе МДСП. Вытеснение позволяет перемещать тревожащие мысли в бессознательное. Мы так же наблюдаем присутствие еще

двух механизмов психологической защиты, используемых женщинами из МДСП и которые не встречаются у ОДСП - замещение и реактивное образование. Замещение - разрядка негативных эмоций на окружающего, не представляющего опасности, очень часто на детей. Суть реактивного образования заключается в предотвращении неприятных мыслей и чувств посредством гипертрофии противоположных качеств. Так, вероятная холодность матери к ребенку внешне может проявляться как гиперопека.

Теперь перейдем к данным теста жизнестойкости и опросника временной перспективы. Наиболее значимые показатели выражены в таблице 4.2.4.

Таблица 4.2.4

**Жизнестойкость и временная перспектива респондентов из группы
МДСП**

	МДСП n=31, Ед.	МДнСП n=60, Ед.	U эмп.	Уровень значимости
Общая жизнестойкость	67,174	82,916	487,5	p<0,05
Гедонистическое настоящее	5,722	3,32	295,5	p<0,01
Фаталистическое настоящее	3,654	2,956	668	p<0,05

Данные методик во многом перекликаются с данными полученными в группе ОДСП. Респонденты МДСП плохо справляются со стрессами и жизненными препятствиями. Они обладают рискованным и жертвенным характером, а свое будущее видят как негативную неизбежность, на которое не в силах оказать влияние.

Теперь проведем анализ отношений внутри семьи.

Анализ внутрисемейных отношений в группе МДСП

	МДСП n=31, Ед.	МДнСП n=60, Ед.	U эмп.	Уровень значимости
Гипопротекция (шкала Г-)	3,870	2,016	409,5	p<0,01
Недостаточность требований-обязанностей ребенка (шкала Г-)	3,516	1,083	403	p<0,01
Неустойчивость стиля воспитания (шкала Н)	3,193	1,966	852,5	p<0,05
Фобия утраты ребенка (шкала ФУ)	4,225	1,916	503	p<0,01

Полученные данные более лаконичны, чем у ОДСП, но, тем не менее, по смыслу отражают те же тенденции. Общий стиль воспитания МДСП соответствует гипопротекции, то есть ребенку уделяется недостаточное количество времени. У девушек мало обязанностей и много свободного времени, которое она может тратить как угодно. Неустойчивость стиля воспитания так же характерна для МДСП. Кроме этого, мы наблюдаем фобию утраты ребенка и склонны расценивать ее как последствие суицидальной попытки дочери, как и у группы ОДСП.

Далее необходимо продемонстрировать клинические параметры, полученные при помощи тестов CAGE и Symptom CheckList-90-Revised, представленные в таблице 4.2.6.

Присутствие клинических симптомов в группе МДСП

	МДСП n=31, Ед.	МДнСП n=60, Ед.	U эмп.	Уровень значимости
CAGE	1,98	0,72	278	p<0,01
Соматизация	6,745	2,545	654	p<0,05
Депрессия	6,664	1,434	668	p<0,01
Межличностная сензитивность	7,718	2,452	585,5	p<0,05

По тесту CAGE женщины из группы МДСП набрали 1,98 балл, что ниже, чем у ОДСП, но значительно выше, чем в группе МДнСП. Это так же подразумевает систематический прием спиртного матерями из этой группы. Кроме того, три женщины из экспериментальной группы соответствовали критериям диагноза - синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя, вторая стадия, что составило 9,67%. В группе МДнСП так же три матери получили аналогичный диагноз, что в этом случае составило 5%.

Обращают на себя внимание высокие показатели по шкале соматизации, что соответствует личной оценке женщин и результатам оценки аутоагрессивного профиля. Повышенный уровень шкалы депрессии, как и в группе ОДСП, ожидаем после попытки самоубийства. В группе МДСП мы получили интересную характеристику в отношении способностей коммуникации с другими людьми. Это межличностная сензитивность - чувство собственной неполноценности при сравнении себя с другими людьми.

Так же, во время очной беседы с каждой респонденткой, были диагностированы некоторые психические расстройства, отражённые в таблице 4.2.7.

Присутствие психических расстройств в группе ОДСП в n(%)

	МДСП n=31	МДнСП n=60
Алкогольная зависимость, вторая стадия. Нестойкая ремиссия (F 10.2)	3 (9,67)	3 (5)
Депрессивный эпизод легкой степени (F 31.1)	4 (12,9)	1 (1,66)
Депрессивный эпизод средней степени (F 31.2)	2 (6,45)	0
Преимущественно навязчивые мысли или размышления (F 42.0)	3 (9,67)	2 (3,33)
Бессонница неорганической этиологии (F 51.0)	5 (16,12)	1 (1,66)

4.3. Обсуждение полученных результатов

Проведя комплексную клинико-психологическую диагностику респондентов из групп ОДСП и МДСП, мы можем сделать определенные выводы.

Члены экспериментальных групп выявляют отрицательную концепцию собственной личности, а так же демонстрируют неудовлетворенность физическими, социальными, психологическими аспектами собственной жизни. Они склонны игнорировать собственные успехи и достижения, и, наоборот, неудачи в делах ожидаемы для них. Они плохо справляются со стрессами и жизненными трудностями, с трудом восстанавливают психологический баланс. Будущее видится безрадостным и неизбежным, на которое невозможно оказать влияние и как-то его изменить. В связи с этим исследуемые матери и отцы часто проявляют рискованное или жертвенное поведение, соответственно, чаще имеют проблемы с алкоголем и наркотическими веществами. Общий уровень

жизнестойкости так же снижен. Но в то же время они обладают низким потенциалом непосредственно к суицидальным действиям ввиду высокой степени родительской и социальной ответственности.

Родители исследуемых групп демонстрируют гневливый темперамент и низкий уровень контроля личной гетероагрессии. Результаты тестов подтверждают ранее полученные данные о высоком аутоагрессивном потенциале групп.

При оценке стиля воспитания, мы получили данные в большей степени склоняющиеся к скрытой гипопротекции. В крайнем случае это безнадзорность, в нашем же случае внешне воспитание не вызывает вопросов - ребенок сыт, одет, за ним ухаживают, процесс воспитания осуществляется, но имеет признаки формализма. Подросток чувствует эмоциональное отвержение родителей, считает, что является обузой и начинает приобретать самостоятельность, к которой еще не готов. Кроме того обнаруживаются черты потворствующей гипопротекции, когда недостаточность воспитания родитель пытается компенсировать не критичным отношением к плохим поступкам ребенка. В изученных семьях в принципе существует проблема с контролем выполнения обязательств и запретов. Опять-таки, внешне семья демонстрирует границы дозволенного, но насколько часто и далеко их пересекает подросток, никто особо не контролирует. На фоне всего этого родители демонстрируют неустойчивость воспитательных установок, что говорит об отсутствии целенаправленного воспитательного стиля. Мнение родителей о тех или иных установках постоянно меняется, вседозволенность в один момент превращается в тотальный жесткий контроль. Все это провоцирует у подростка развитие гипертимной или неустойчивой личностной акцентуации, лживости, изворотливости, проблем эмоционального спектра.

В качестве психологических защитных механизмов наиболее часто встречаются вытеснение, замещение, проекция, реактивное образование. Их общая суть в отношении исследуемых феноменов заключается в вытеснении

собственных суицидальных импульсов в бессознательную часть, переносе собственных негативных качеств и эмоций на личность ребенка.

Таким образом, мы можем говорить о существенных проблемах родителей в группах ОДСП И МДСП с психологическим и соматическим благополучием, а так же явных проблемах в воспитательном процессе в отношении своих детей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Актуальность проблемы суицидального поведения вообще и в детско-подростковой группе в частности обусловлена тем, что ежегодно посредством самоубийства в мире погибает около миллиона человек (Kokkevi A. et al., 2012; Patel V. et al., 2012). К сожалению, на данный момент у лиц в возрасте от 15 до 34 лет смерть от суицида уже входит в «тройку» лидеров по причинам смерти, также существует предположение, что к 2020 году суицид станет второй причиной смерти в мире, обогнав рак и уступая только сердечно-сосудистым заболеваниям (Иванова А.Е. и др., 2011). Многие авторы отмечают, что количество самоубийств среди подростков будет расти еще быстрее, чем раньше (Старшенбаум Г.В., 2005; Badiye A. et al., 2014; Cooper C. et al., 2015; Martin P.C. et al., 2015). Предотвращение суицидов является глобальным императивом, так как самоубийства в большинстве стран являются растущей проблемой, требующей огромного количества ресурсов для их решения (Blum R. et al., 2012; Любов Е.Б., 2014; Wasserman D., 2016).

К сожалению, Россия занимает одно из лидирующих мест по уровню подростковых суицидов (Златова Т.П. и др., 2010; Иванова А.Е. и др., 2011; Любов Е.Б. и др., 2012; Юсупова Г.В. и др., 2015). В ряду неотложных государственных задач, направленных на стабилизацию демографической ситуации и укрепление национальной безопасности подростковая суицидальность стоит на первых местах.

Ряд авторов отмечают, что на фоне роста подростковых суицидов, показатель суицидальной активности у зрелого населения даже снижается (Розанов В.А. и др., 2012). Последние исследования дают нам следующую картину - мысли о суициде присутствуют у 11,8-14% школьников, а именно желание убить себя у 4-8,8% (Холмогорова А.Б., 2013).

Очень важным фактором, как в генезе, так и в провокации суицидального поведения принадлежит семейной «атмосфере». Речь идет как о стиле воспитания, привязанности родителей к детям, внутрисемейном климате, так и о

собственной суицидальной готовности родителей, об их собственном уровне аутоагрессии (Cerel J., Roberts T.A., 2005; Brodsky B.S., 2016; Song I.H., 2016).

Все, без исключения, авторы, занимающиеся проблемой детско-подростковых суицидов, отмечают, что значительная часть подростково-суицидентов воспитывались в неблагополучных по многим признакам семьях (Ghaffari-Nejad A. et al., 2012; Ишимбаева А.Н., 2013; Зотов П.Б., 2015; Robinson W.L. et al., 2016). Так, отмечается, что около трети всех подростков, совершивших суицид, имеют родителей с наркологическими проблемами (Меринов А.В. и др., 2015). 64% суицидентов оценивают обстановку в родительской семье как деструктивную, включающую скандалы, пьянство родителей (Ишимбаева А.Н., 2013; Панченко Е.А., 2015).

Безусловно, откровенно неблагополучная семейная атмосфера, способна подтолкнуть подростка на совершение суицида. Эта мысль лежит на поверхности, но является лишь верхушкой айсберга. Самое большое количество вопросов вызывают внешне благополучные семьи, где, казалось бы, ничего не предвещало трагедии. А все имеющиеся данные представляют значительный интерес, но в основной своей массе являются лишь объективными наблюдениями констатирующего характера без параллельной оценки связи суицидального феномена с особенностями функционирования родительских семей. Все это говорит о недостаточной разработанности данной проблемы.

Цель исследования - изучение клинико-суицидологических и личностно-психологических характеристик родителей, чьи дочери подросткового возраста совершили суицидальную попытку.

Для решения поставленных задач нами в период с 2014 по 2017 год была изучена 91 семейная пара (мужчины и женщины, всего 182 человека), которые составили экспериментальную и контрольную группу. 31 семейная пара (62 человека) составила экспериментальную группу, а 60 семейных пар (120 человек) составили контрольную группу. Таким образом, мы имеем подгруппу матерей девушек подростков, совершивших суицид (МДСП), отцов девушек подростков,

совершивших суицид (ОДСП) в рамках экспериментальной группы. Численность каждой подгруппы составляет 31 человек.

Аналогично, в контрольную группу вошли 60 матерей девушек подростков, не совершивших суицид (МДнСП) и 60 отцов девушек подростков, не совершивших суицид (ОДнСП).

Критерием включения родителей в экспериментальную группу была попытка суицида у ребенка (девушки в подростковом возрасте) этой семейной пары, а так же согласие респондентов на участие в исследовании. Эта группа лиц была сформирована из обратившихся за специализированной медицинской помощью для своих детей по поводу суицидальной попытки в ГБУ РО «Рязанскую детскую областную клиническую больницу им. Н.В. Дмитриевой», а также родителей обратившихся за консультативной помощью на кафедру психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения после суицидальной попытки ребенка. Все лица, вошедшие в экспериментальную и контрольную группы, были обследованы автором лично.

Критерием включения родителей в контрольную группу было отсутствие суицидальной попытки в анамнезе у их ребенка, подтвержденное как родителями, так и их ребенком. Кроме того, респонденты этой группы так же заполняли письменное согласие на участие в исследовании.

Для решения поставленных задач исследования использовались клиничко-психопатологический, психометрический и статистические методы. С каждым респондентом из экспериментальной и контрольной группы проводилось интервью, продолжительностью от одного до полутора часов, в ходе которого нами собирался анамнестический, клинический материал, а также совместно заполнялись бланки опросников. Помимо того, беседа несла психотерапевтический уклон с целью оказания психологической поддержки и консультации родителям, оказавшимся в непростой ситуации.

Обследование респондентов было построено на основе разработанного полуструктурированного интервью, включающее в себя различные диагностические блоки, соответствующие целям работы.

Суицидологическое и клинико-психопатологическое обследование включало в себя сбор субъективного и объективного анамнеза, клиническое интервью, наблюдение за респондентом, изучение доступной медицинской документации. Для изучения аутоагрессивных спецификаций личности респондентов мы использовали модифицированный опросник, направленный на выявление аутоагрессивных паттернов в прошлом и настоящем (Шустов Д.И., Меринов А.В., 2000) утвержденный Секцией по наркологии Ученого Совета Минздрава России от 05.03.2000 года. Кроме того, нами был применен клинический «Симптоматический опросник SCL-90-R» (Symptom CheckList-90-Revised) в модификации Н.В. Тарабриной (2001) являющийся скрининговой методикой определения различных имеющихся симптомов (Derogatis L.R. et al., 1973; Tan H. et al., 2015; Bernet W. et al., 2015; Urbán R. et al., 2016).

В качестве психометрических методов исследования нами были использованы методики, имеющие широкое распространение в суицидологической практике (опросник Плутчика-Келлермана-Конте (Plutchik R. et al., 1979 в адаптации Романовой Е.С., Гребенникова Л.Р., 1996); опросник для диагностики специфики переживания гнева State Anger Inventory (Spielberger C.D. et al., 1988 в адаптации Леоновой А.Б., Спилбергера Ч.Д., 2005); тест жизнестойкости - Hardiness Survey (Maddi S., Khoshaba D., 1994) в модификации Леонтьева Д.А., Рассказовой Е.И. (2006); опросник временной перспективы Зимбардо - Zimbardo Time Perspective Inventory (Zimbardo P.G., 1997; Зимбардо Ф., Бойд Д., 2010 в адаптации Сырцовой А. и др., 2008); опросник суицидального риска в модификации Разуваевой Т.Н. (1993); опросник «Анализ семейных взаимоотношений» - ABC (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В., 1990, 2001).

Математико-статистический анализ проводился при помощи методов параметрической и непараметрической статистики с использованием руководств по прикладной медицинской статистике (Реброва О.Ю., 2002; Сидоренко Е.В.,

2010) и программных пакетов Microsoft Excel 2007 и Statistica 10 (StatSoft Inc., 2011).

В результате исследования были сделаны выводы, что можно охарактеризовать исследуемые выборки ОДСП и МДСП вместе и по отдельности как срез популяции, имеющий значительное количество стигм аутодеструкции и обладающий выраженным аутоагрессивным потенциалом. Достоверно чаще в их группах преобладают как классические суицидальные паттерны (такие как попытки самоубийства, мысли о суициде), так и несуйцидальные формы аутодеструкции (рискованное и виктимное поведение, соматическая и травматическая патология, прием алкоголя и других психо-активных веществ). Кроме того, группы МДСП и ОДСП отличаются широкой представленностью предикторов аутоагрессивного поведения.

В данном же случае мы можем говорить о семье «высокого суицидального риска». Если рассматривать МДСП и ОДСП в контексте аутоагрессивности, можно говорить о суммировании личной аутоагрессии отцов и матерей и, безусловно, передаче суицидального импульса своему ребенку.

Работа, направленная на превенцию суицида должна активно задействовать родителей и, в первую очередь, воздействовать на их собственную повышенную аутоагрессивность. Прорабатывая аутоагрессивные импульсы только у ребенка, специалисты обречены на неудачу, так как внутрисемейный аутодеструктивный фон может превалировать над психотерапевтическими усилиями. Подчеркнем, что этот фон является тщательно скрываемым при поверхностных диагностических беседах и его обнаружение требует некоторых усилий, которые должны опираться на выявленные в исследовании индикаторы.

При оценке личностно-психологических характеристик родителей из экспериментальной группы, можно сделать общий вывод, что члены экспериментальных групп обладают отрицательной концепцией собственной личности, а так же демонстрируют неудовлетворенность физическими, социальными, психологическими аспектами собственной жизни. Они склонны игнорировать собственные успехи и достижения, и, наоборот, неудачи в делах

ожидаемы для них. Они плохо справляются со стрессами и жизненными трудностями, с трудом восстанавливают психологический баланс. Будущее видится безрадостным и неизбежным, на которое невозможно оказать влияние и как-то его изменить. В связи с этим исследуемые матери и отцы часто проявляют рискованное или жертвенное поведение, соответственно, чаще имеют проблемы с алкоголем и наркотическими веществами. Общий уровень жизнестойкости так же снижен. Но в то же время они обладают низким потенциалом непосредственно к суицидальным действиям ввиду высокой степени родительской и социальной ответственности.

Родители исследуемых групп демонстрируют гневливый темперамент и низкий уровень контроля личной гетероагрессии.

При определении стиля воспитания, мы получили данные в большей степени склоняющиеся к скрытой гипопротекции. В крайнем случае это безнадзорность, в нашем же случае внешне воспитание не вызывает вопросов - ребенок сыт, одет, за ним ухаживают, процесс воспитания осуществляется, но имеет признаки формализма. Подросток чувствует эмоциональное отвержение родителей, считает, что является обузой и начинает приобретать самостоятельность, к которой еще не готов. В изученных семьях в принципе существует проблема с контролем выполнения обязательств и запретов. Опять-таки, внешне семья демонстрирует границы дозволенного, но насколько часто и далеко их пересекает подросток, никто особо не контролирует. На фоне всего этого родители демонстрируют неустойчивость воспитательных установок, что говорит об отсутствии целенаправленного воспитательного стиля. Мнение родителей о тех или иных установках постоянно меняется, вседозволенность в один момент превращается в тотальный жесткий контроль. Все это провоцирует у подростка развитие гипертимной или неустойчивой личностной акцентуации, лживости, изворотливости, проблем эмоционального спектра.

В качестве психологических защитных механизмов наиболее часто встречаются вытеснение, замещение, проекция, реактивное образование. Их общая суть в отношении исследуемых феноменов заключается в вытеснении

собственных суицидальных импульсов в бессознательную часть, переносе собственных негативных качеств и эмоций на личность ребенка. Кроме того, мы можем говорить о преобладании в исследуемой группе различной непсихотической психической патологии (преимущественно алкогольной зависимости и невротических расстройств).

Таким образом, нормативный институт семьи, каким мы его понимаем, в исследуемых семьях нарушен. Семья подразумевает общность интересов и отстаивание своих позиций в обществе, поддержку всех членов семьи, социализацию детей, преемственность отношений. В нашем случае, родители сами обладают выраженными и разнообразными специфическими клинико-суицидологическими и личностно-психологическими характеристиками, которые транслируют на собственных детей.

На фоне полученных данных, можно с уверенностью утверждать, что эффективная профилактика суицида как первичная, так и вторичная, невозможна в случае изолированного психотерапевтического, социального воздействия на ребенка.

Проблема, освещенная в данном исследовании, решена не до конца и имеется значительное количество перспектив для продолжения работы в этом направлении. Так, только гипотетически определены области прикладного использования полученных данных в условиях практического здравоохранения, образовательных организаций. Кроме того, выявленные суицидологические и личностно-психологические параметры в исследуемых группах, могут быть объяснены и изучены на более тонком интрапсихическом уровне, и не просто констатированы как эмпирический факт, а объяснены логически.

ВЫВОДЫ

1. Выявлено, что отцы и матери девушек подросткового возраста, совершивших попытку самоубийства, достоверно чаще имели в анамнезе собственную суицидальную активность. Для них более характерны как суицидальные мысли, так и суицидальные попытки в прошлом.
2. Определено, что родители экспериментальной группы чаще демонстрируют достоверное преобладание несуйцидальных форм аутодеструктивного поведения. Для них более характерна травматическая, соматическая патология, виктимность, опасные и рискованные хобби и прочие значимые несуйцидальные паттерны. У них так же отмечается накопление значимых в суицидологической практике предикторов саморазрушающего поведения (склонность к депрессивным переживаниям, чувство безысходности и др.). Кроме того, у родителей девушек, совершивших суицидальную попытку, значительно чаще отмечается ряд психических нарушений (преимущественно алкогольной зависимости, невротических расстройств и депрессивных расстройств).
3. Установлено, что родители девушек-суициденток демонстрируют большое количество суицидологически значимых особенностей личности способных оказывать влияние на актуализацию аутоагрессивных устремлений самих родителей и их детей: отрицательная «Я - концепция» собственной личности, неудовлетворенность большинством аспектов своей жизни, сложности с совладанием со стрессом, пониженный уровень жизнестойкости. В качестве защитных психологических механизмов наиболее часто встречаются вытеснение, проекция.
4. Выявлено, что, несмотря на внешнюю нормативность и благополучность семей экспериментальной группы, паттерн воспитания имеет черты формализма и стремится к гипопротекции на фоне его неустойчивости.
5. Установлено, что работа, направленная на превенцию и поственцию суицида подростка должна активно задействовать родителей. Основной мишенью в психотерапевтической работе является их собственный высокий уровень аутоагрессивности и регуляция стиля воспитания ребенка.

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ВНЕДРЕНИЯ В ПРАКТИКУ

1. Так как в генезе подростковой суицидальной активности значительную роль играют суицидологические и клинико-психологические параметры родителей, важно чтобы психотерапевтическое, социальное, профилактическое воздействие было направлено на всю семью целиком, а не только изолированно на ребенка.
2. При проведении первичной профилактики определение уровня аутоагрессии родителей, стиля воспитания в семье может использоваться как прогностический фактор, способный помочь выделить целевую группу высокого риска. Группа таких родителей будет демонстрировать все виды аутоагрессивного поведения, стиль воспитания будет соответствовать мягкой гипопротекции и иметь черты неустойчивости.
3. При проведении психотерапевтической поственции подростковой попытки суицида изменение стиля воспитания и снижение аутоагрессивного фона может быть критерием успешности и целевым результатом всей психотерапевтической работы.
4. Прорабатывая аутоагрессивные импульсы только у ребенка, специалисты обречены на неудачу, так как внутрисемейный аутодеструктивный фон может превалировать над психотерапевтическими усилиями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агаджанян, Г. Суициды в подростковом возрасте! Можно ли их предотвратить? [Текст] / Г. Агаджанян, Н. И. Медведева // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2012. - №1. - С. 129-130.
2. Абдрахимова, Р. Г. Инфантильность подростков и статистика подростковых суицидов в России [Текст] / Р. Г. Абдрахимова // Апробация. - 2014. - № 11. - С. 79-81.
3. Амбрумова, А. Г. Методические рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте / А. Г. Амбрумова, Л. Я. Жезлова. - М.: МЦ СССР, 1978. - 13 с.
4. Амбрумова, А. Г. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности. Актуальные проблемы суицидологии [Текст] / А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко. - М., 1978. - С. 6-28.
5. Банников, Г. С. Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы) [Текст] / Г. С. Банников, Т. С. Павлова, К. А. Кошкин [и др.] // Суицидология. - 2015. - Т.6, № 4 (21). - С. 21-33.
6. Барденштейн Л. М. К проблеме суицидов при острых и преходящих психотических расстройствах [Текст] / Л. М. Барденштейн, Г. А. Алешкина, Я. М. Славгородский [и др.] // Суицидология. - 2011. - № 2. - С. 31-32.
7. Белозерцева, И. Н. Детский суицид: профилактика и коррекция [Текст] / И. Н. Белозерцева. - Иркутск: Сервико, 2001. - 47 с.
8. Блейхер, В. М. Толковый словарь психиатрических терминов [Текст] / В. М. Блейхер, И. В. Крук, под ред. канд. мед. наук С. Н. Бокова. В 2-х томах. Т. 2. - Ростов-на-Дону: «Феникс», 1996. - 448 с.
9. Брутман, В. И. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери [Текст] / В. И. Брутман, А. Я. Варга, И. Ю. Хамитова // Психологический журнал. - 2000. - Т. 21, № 2. - С. 79-87.

10. Буткова, Т. В. Суицидальное поведение при семейно-сексуальных дисгармониях [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Т. В. Буткова. - Москва, 2011. - 24 с.
11. Борисоник, Е. В. Клинико-психологические последствия суицида для семьи жертвы [Текст] / Е. В. Борисоник, Е. Б. Любов // Консультативная психология и психотерапия. - 2016. - Т. 24, № 3 (92). - С. 25-41.
12. Васяткина, Н. Н. Клиническая практика детско-подростковых суицидов в Рязанской области [Текст] / Н. Н. Васяткина, А. В. Меринов // Тюменский медицинский журнал. - 2014. - Т. 16, № 3. - С. 4-5
13. Вишневская, О. А. Опыт оказания комплексной медицинской помощи больным, совершившим суицидальные попытки [Текст] / О. А. Вишневская // Психическое здоровье, Санкт-Петербург - 2000 (материалы конференции). - СПб., 2000. - С. 169-171.
14. Вертолете, Х. М. Распространенность самоубийств в мире: эпидемиологический обзор (1959–2000 гг.) [Текст] / Х. М. Вертолете. - М.: Смысл, 2005. - С. 17-27
15. Возраст. Малая медицинская энциклопедия: В 6-ти т. АМН СССР [Текст] / Под ред. В. И. Покровского. - М.; Советская энциклопедия. - 1996 - Т. 1. - 560 с.
16. Войцех, В. Ф. Динамика суицидов в регионах России [Текст] / В. Ф. Войцех // Социальная и клиническая психиатрия. - 2008. - Т. 18, № 1. - С. 81-88.
17. Ворсина, О. П. Суицидальные попытки детей и подростков в г. Иркутске [Текст] / О. П. Ворсина // Суицидология. - 2011. - № 2. - С. 28-29
18. Вроно, Е. М. О возрастном своеобразии аутоагрессивного поведения у психически здоровых подростков [Текст] / Е. М. Вроно, Н. А. Ратинова. - М.: НИИ психиатрии, 1999. - С. 38-46
19. Вроно, Е. М. Диагностика суицидального поведения при различных вариантах депрессии у детей и подростков. Научные и организационные проблемы суицидологии [Текст] / Е. М. Вроно. - М., 1983. - С. 80-89

20. Всемирная организация здравоохранения (WHO) Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. [Текст] // Психическое здоровье: новое понимание, новые надежды. - 2001. - 215 с.
21. Гаврилова, Г. А. Новые исследования особенностей подросткового и юношеского возраста [Текст] / Г. А. Гаврилова // Вопросы психологии. - 1984. - № 1. - С. 152-157.
22. Глазнёв, Д. И. Факторы суицидального риска в студенческом возрасте [Текст] / Д. И. Глазнёв, Р. А. Кутбиддинова // Психология и педагогика в системе гуманитарного знания: материалы V Международной научно-практической конференции, г. Москва, 27–28 декабря 2012 г. В 2 т.: т. 1 / Науч. - инф. издат. центр «Институт стратегических исследований». - М.: «Спецкнига», 2012. - С.79-85.
23. Гроллман, Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция. Суицидология: прошлое и настоящее: проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах [Текст] / Э. Гроллман. - М., 2001. - С. 270-352.
24. Гурьева, В. А. Социальное сиротство - причина и результат психической аномальности девиаций личности и поведения. Сироты России: проблемы, надежды, будущее [Текст] / В. А. Гурьева, В. Я. Гиндикин - М., 1994. - С. 53-54.
25. Демдоуми, Н. Ю. Распространение «суицидального контента» в киберпространстве русскоязычного интернета как проблема мультидисциплинарного исследования [Текст] / Н. Ю. Демдоуми, Ю. П. Денисов // Суицидология. - 2014. - Том 5, № 2 (15). - С. 47-54.
26. Деструктивное поведение больных алкоголизмом в семье (клинический и судебнопсихиатрический аспекты) [Текст] / Т. В. Клименко [и др.]. - М.: ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России, 2011. - 20 с.
27. Дмитриева, Н. В. Психологические особенности личности суицидальных подростков [Текст] / Н. В. Дмитриева, Ц. П. Короленко, Л. В. Левина // Вестник Кемеровского государственного университета. - 2015. - №. 1-1 (61). - С. 127-134.

28. Дюркгейм, Э. Самоубийство [Текст]: социол. этюд: пер. с фр. / Э. Дюркгейм; послесл. В.А. Лукова. - Санкт-Петербург: Союз, 1998. - 492 с.
29. Зайченко, А. А. Самоповреждающее поведение [Текст] / А. А. Зайченко // Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики: Материалы Третьей Всерос. науч. - практ. конф. Казань: Новое знание. - 2007. - С. 381-386.
30. Зверева, Н. А. Актуальные вопросы нравственного воспитания девиантных подростков в современном обществе: постановка проблемы [Текст] / Н. А. Зверева, Н. В. Жигинас // Вестник ТГПУ. - 2013. - № 4 (132). - С.86-88.
31. Зимбардо, Ф. Парадокс времени. Новая психология времени, которая улучшит вашу жизнь [Текст] / Ф. Зимбардо, Бойд Д. - Спб.: Речь, 2010. - 352 с.
32. Зиновьев, С. В. Суицид. Попытка системного анализа [Текст] / С. В. Зиновьев. - СПб: Сотив, 2002. - 135 с.
33. Злова, Т. П. Суицидальная смертность у детей в Забайкальском крае: структура, динамика за 15-летний период (по материалам бюро СМЭ) [Текст] / Т. П. Злова, В. В. Ахметова, А. Н. Ишимбаева // Суицидология. - 2010. - № 1. - С. 9-10
34. Злова, Т. П. Влияние семейного воспитания на формирование аддиктивного поведения подростков [Текст] / Т. П. Злова, В. В. Ахметова, А. Н. Ишимбаева [и др.] // Дальневосточный медицинский журнал. - 2011. - № 4. - С.49-51.
35. Зотов, П. Б. Клинические формы и динамика суицидального поведения [Текст] / П. Б. Зотов, С. М. Уманский // Суицидология. - 2011 - № 1. - С. 3-7.
36. Зотов, П. Б. Суицидальные действия в г. Тюмени и юге Тюменской области (Западная Сибирь): динамика за 2007-2012 гг. [Текст] / П. Б. Зотов, Е. В. Родяшин // Суицидология. - 2013. - Т. 4, № 1. - С. 54-61.
37. Зотов, П. Б. «Внешний ключ» – как элемент суицидальной динамики и объект психологического воздействия у подростков [Текст] / П. Б. Зотов // Тюменский медицинский журнал. - 2013. - Т. 15, № 3. - С. 42-44.
38. Зотов, П. Б. Суицидальное поведение: роль «внешнего ключа», как элемента суицидальной динамики и объекта психотерапии [Текст] / П. Б. Зотов //

Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. - 2015. - № 4. - С. 133-137.

39. Зыков, В. В. Судебно-медицинское и медико-социальное исследование самоубийств в крупном промышленном регионе: по материалам Киров. обл. [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.03.05 : 14.02.03 / В. В. Зыков. - Москва, 2012. - 20 с.
40. Ефимова, Д. В. Суицидальное поведение подростка как следствие аномального формирования аутоинтолерантности в структуре его субъектности [Текст] / Д. В. Ефимова // XXI century: Resumes of the Past and Challenges of the Present plus. - 2014. - С. 49.
41. Ефремов, В. С. Основы суицидологии [Текст] / В. С. Ефремов. - СПб.: Диалект, 2004. - 480 с.
42. Игумнов, С. А. Психотерапия детей и подростков: Психоанализ в детском возрасте; Суицидальное поведение подростков; Семейное консультирование; Комплексная реабилитация [Текст] / С. А. Игумнов. - Ростов: Феникс, 2005. - 288 с.
43. Ишимбаева, А. Н. Суицидальное поведение у детей и подростков Забайкальского края [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / А. Н. Ишимбаева. - Москва, 2013. - 22 с.
44. Калинина, Т. В. К проблеме суицида в юношеском возрасте [Текст] / Т. В. Калинина, Д. А. Кудачкин // Молодой ученый. - 2014. - №21. - С. 98-100.
45. Каплина, Е. В. Суициды в детско-подростковом возрасте: анализ проблемы и попытка психологического исследования [Текст] / Е. В. Каплина, Н. В. Зверева // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2004. - Т. 4, № 1. - С. 12-15.
46. Кекелидзе З. И. Российская психиатрия - вызовы и пути их решения [Текст]. В сборнике: Психическое здоровье человека XXI века / Сборник научных статей по материалам Конгресса. - 2016. - С. 210-214.

47. Кирпиченко, А. А. Суицидальный риск среди подросткового населения г. Витебска [Текст] / А. А. Кирпиченко, А. Н. Барышев // Вестник Витебского государственного медицинского университета. - 2015. - № 1. - Т. 14. - С. 91-96.
48. Коган Б. М., Яшин А. А. Влияние детско-родительских отношений на уровень когнитивной ригидности подростков [Текст] / Б. М. Коган, А. А. Яшин // Вестник Московского городского педагогического университета. Серия: Педагогика и психология. - 2017. - № 1 (39). - С. 45-53.
49. Крайг, Г. Психология развития [Текст] / Г. Крайг, Д. Бокум. - СПб.: Питер, 2005. - 940 с.
50. Кравченко, Н. Е. Особенности психической патологии и поведения у подростков мужского пола, экстренно госпитализированных в связи с суицидальным поведением [Текст] / Н. Е. Кравченко, С. А. Зикеев // Современная терапия в психиатрии и неврологии. - 2014. - № 3. - С. 20-23.
51. Краснова, П. В. Отражение проблем суицидов и суицидального поведения на 22-м Европейском конгрессе психиатров [Текст] / П. В. Краснова, М. М. Денисенко // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. - 2015. - №1. - С.112-126.
52. Кривулин, Е. Н. Социально-демографическая и клинико-психологическая характеристика лиц детско-подросткового возраста с завершёнными суицидами и суицидальным поведением [Текст] / Е. Н. Кривулин, О. Е. Кривулина // Тюменский медицинский журнал. - 2014. - Т. 16, № 1. - С. 6-8.
53. Кудрявцев И. А. Психологическое насилие и суицид [Текст] / И. А. Кудрявцев // Тюменский медицинский журнал. - 2014. - Т. 16. - № 1. - С. 8-9.
54. Лазарева, Е. Ю. Система многоуровневой адаптации личности при болезни [Текст] / Е. Ю. Лазарева, Е. Л. Николаева // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. - 2012. - № 8. - С. 93-104.
55. Леонтьев, Д. А. Тест жизнестойкости [Текст] / Д. А. Леонтьев, Е. И. Рассказова. - М.: Смысл, 2006. - 63 с.
56. Личко, А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков [Текст] / А. Е. Личко. - Л.: Медицина, 1983. - 256 с.

57. Лукашук, А. В. Актуальность исследования клинико-психологической характеристики родителей подростков, совершивших суицидальную попытку [Текст] / А. В. Лукашук, А. В. Меринов // Тюменский медицинский журнал. - 2014. - Т. 16, № 3. - С. 20-21.
58. Любов, Е. Б. Экономическое бремя суицидов в Российской Федерации [Текст] / Е. Б. Любов, М. В. Морев, О. И. Фалалеева // Суицидология. - 2012. - № 3. - С. 3-10.
59. Любов, Е. Б. Территориальные суицидологические службы России: проблемы и решения [Текст] / Е. Б. Любов, В. С. Кабизулов, В. Е. Цупрун [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. - 2014. - Т. 24, № 4. - С. 10-19.
60. Кондрашенко, В. Т. Девиантное поведение у подростков: Социально-психологические и психиатрические аспекты [Текст] / В. Т. Кондрашенко. - Минск: Беларусь, 2005. - С. 77-83.
61. Манн, Дж. Профилактика самоубийств [Электронный ресурс] / Дж. Манн // InoСМИ.RU: интернет-проект. - Москва, 2000-2015. - Режим доступа: <http://inosmi.ru/untitled/20020318/143364.html>.
62. Меннингер, К. Война с самим собой [Текст] / К. Меннингер. - М., 2000. - 480 с.
63. Меринов, А. В. Суицидологические и личностно-психологические особенности юношей, выросших в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью [Текст] / А. В. Меринов, Д. И. Шустов, И. А. Федотов // Психическое здоровье. - 2011. - № 4 (59). - С. 48-50.
64. Меринов, А. В. Суицидологические и личностно-психологические особенности девушек, выросших в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью [Текст] / А. В. Меринов, Д. И. Шустов, И. А. Федотов // Психическое здоровье. - 2011. - № 5 (60). - С. 53-55.
65. Меринов, А. В. Суицидологические характеристики молодых людей, воспитанных в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью [Текст] / А. В. Меринов // Суицидология. - 2012. - № 4. - С. 22-28.

66. Меринов, А. В. Парасуицидальное поведение женщин, состоящих в браке с мужчинами, страдающими алкогольной зависимостью (на примере Рязанской области) [Текст] / А. В. Меринов // Суицидология. - 2012. - № 3. - С. 15-19.
67. Меринов, А. В. Аутоагрессивное поведение и оценка суицидального риска у больных алкогольной зависимостью и членов их семей: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук: 14.01.27; 14.01.06 [Текст] / А. В. Меринов. - М., 2012. - 48 с.
68. Меринов, А. В. Особенности детей, выросших в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью [Электронный ресурс] / А. В. Меринов, А. В. Лукашук // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: электрон. науч. журн.-2014. - № 4. URL: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=109>.
69. Меринов, А. В. Взрослые дети алкоголиков: суицидологические и экспериментально-психологические характеристики [Текст] / А. В. Меринов, Д. И. Шустов, А. В. Лукашук // Вестник Витебского государственного медицинского университета. - 2015. - Т. 14, №1. - С. 65-70.
70. Морев, М. В. Динамика суицидальной смертности населения России: регион. аспект [Текст] / М. В. Морев, Ю. Е. Шматова, Е. Б. Любов // Суицидология. - 2014. - Т. 5, № 1. - С. 3-11.
71. Морев, М. В. Социальные патологии в детско-подростковом возрасте (на примере исследований суицидального поведения) [Текст] / М. В. Морев, Ю. Е. Шматова // Вопросы территориального развития. - 2014. - № 10 (20). - С. 1-12.
72. Моцарь, С. В. Семейный миф и формирование суицидальных тенденций [Текст] / С. В. Моцарь, Э. И. Мещерякова // Сибирский психологический журнал. - 2001. - № 14-15. - С. 86-90.
73. Мягер, В. К. Профилактика суицидов при пограничных состояниях // Пограничные нервно-психические расстройства [Текст] / В. К. Мягер. - М., 1983.- С. 143-146.
74. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств [Текст] / Под ред. Д. Вассерман; пер. Е. Ройне. - М.: Смысл, 2005. - 310 с.

75. Некоторые клинические и социально-психологические характеристики студентов, совершивших суицидальные попытки [Текст] / А. В. Сахаров, Н. В. Говорин, О. А. Тарасова [и др.] // Суицидология. - 2014. - Т. 5, № 1. - С. 52-56.
76. Обухова, Ю. Ю. Особенности эмоциональной сферы подростков, склонных к суицидальному поведению [Текст] / Ю. Ю. Обухова // Сборник статей II Всероссийского заочного конкурса научно-исследовательских работ «Диалог культур» / Отв. ред. Гареева С. М. - Sterlitamak: Sterlitamakskiy filial BashGU, 2015. - С. 67-69.
77. Панченко, Е. А. Фактор семьи в генезе суицидального поведения [Текст] / Е. А. Панченко // Фундаментальные аспекты психического здоровья. - 2015. - № 3. - С. 33-35.
78. Пезешкиан, Н. Психосоматика и позитивная психотерапия: Пер. с нем. [Текст] / Н. Пезешкиан. - М.: Медицина, 1996. - 464 с.
79. Плавинский, С. Л. Опасное и вредное потребление алкоголя пожилыми пациентами врачей первичного контакта. Сравнение методов выявления [Текст] / С. Л. Плавинский, А. Н. Баринаева, О. Ю. Кузнецова [и др.] // Российский семейный врач. 2013. - Т. 17, № 3. - С. 4-10.
80. Полмайер, Г. Психоаналитическая теория депрессии // Энциклопедия глубинной психологии [Текст] / Г. Полмайер. - М., 1998. - Т. 1. - С. 681-718.
81. Положий, Б. С. Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты) [Текст] / Б. С. Положий. - М.: РИО «ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2010. - 232 с.
82. Положий, Б. С. Интегративная модель суицидального поведения [Текст] / Б. С. Положий // Российский психиатрический журнал. - 2010. - № 4. - С. 55-62.
83. Положий, Б. С. Дифференцированная профилактика суицидального поведения [Текст] / Б. С. Положий, Е. А. Панченко // Суицидология. - 2012. - Т. 3, № 1 (6). - С. 8-12.
84. Положий Б. С. Концептуальная модель суицидального поведения [Текст] / Б. С. Положий // Суицидология. - 2015. - Т. 6, № 1 (18). - С. 3-7.

85. Попов, Ю. В. Аддиктивное суицидальное поведение подростков [Текст] / Ю. В. Попов, А. В. Бруг // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. - 2005. - №1. - С. 24-26.
86. Разводовский, Ю. Е. Алкоголь и суицид в странах Восточной Европы [Текст] / Ю. Е. Разводовский // Суицидология. - 2014. - Т. 5, № 3. - С. 18-27.
87. Разуваева, Т. Н. Диагностика личности [Текст] / Т. Н. Разуваева. - Шадринск, 1993. - 26 с.
88. Райгородский, Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособие [Текст] / Д. Я. Райгородский. - Самара: Бахрах-М, 2010. - 672 с.
89. Райс, Ф. Психология подросткового и юношеского возраста [Текст] / Ф. Райс, К. Долджин, пер. с английского В. Квиткевича, Ю. Мирончика. - Спб.: Питер, 2011. - 816 с.
90. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA [Текст] / О. Ю. Реброва. - Москва: Медиасфера, 2002. - 305 с.
91. Розанов, В. А. Суициды и суицидальные попытки среди детей и подростков в г. Одессе в 2002-2010 гг. [Текст] / В. А. Розанов, В. В. Валиев, С. Е. Захаров [и др.] // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2012. - № 1(28). - С. 53-61.
92. Розанов, В. А. Самоубийства, психосоциальный стресс и потребление алкоголя в странах бывшего СССР [Текст] / В. А. Розанов // Суицидология. - 2012. - Т. 3, № 4. - С. 28-40.
93. Розанов В. А. Гены и суицидальное поведение [Текст] / В. А. Розанов // Суицидология. - 2013. - Т. 4, № 1. - С. 3-14.
94. Семенова, Н. Б. Анализ совершенных суицидов среди детей и подростков республики Саха (Якутия) [Текст] / Н. Б. Семенова, Т. Ф. Мартынова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2012. - № 3. - С. 42-45.
95. Сидоренко, Е. В. Методы математической обработки в психологии [Текст] / Е. В. Сидоренко. - СПб.: Речь, 2010. - 350 с.

96. Синягин, Ю. В. Детский суицид: анализ состояния профилактической работы в образовательных организациях России [Текст] / Ю. В. Синягин, Н. В. Сероштанова // Мир психологии. - 2015. - № 1. - С. 185-190.
97. Смертность подростков в Российской Федерации / В. Ю. Альбицкий, А. Е. Иванова, А. Г. Ильин [и др.] - М.: БЭСТ-принт. - 2010. - 66 с.
98. Смертность российских подростков от самоубийств [Текст] / А. Е. Иванова, Т. П. Сабгайда, В. Г. Семенова [и др.]; М-во здравоохранения и соц. развития России, Центр. науч. исслед. ин-т организации и информатизации здравоохранения. - Москва: ЮНИСЕФ, 2011. - 131 с.
99. Солодкая, Е. В. К проблеме депрессивных расстройств у подростков [Текст] / Е. В. Солодкая, И. П. Логинов // Дальневосточный медицинский журнал. - 2014. - № 2. - С. 128-133.
100. Спадерова, Н. Н. Анализ завершенных суицидов у детей и подростков, в практике отделения амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз Тюменской ОКПБ за 2012-2014 гг. [Текст] / Н. Н. Спадерова, О. В. Горохова, С. Е. Герасина // Тюменский медицинский журнал. - 2014. - Т. 16. - № 1. - С. 21-24.
101. Старшенбаум, Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия [Текст] / Г. В. Старшенбаум. - М.: Когито-Центр, 2005. - 205 с.
102. Суицидологическая характеристика девушек, воспитанных в неполных семьях [Текст] / А. В. Меринов, Т. А. Бычкова, А. В. Лукашук [и др.] // Суицидология. - 2015. - Т. 6, № 2 (19). - С. 54-58.
103. Сырцова, А. Адаптация опросника временной перспективы личности Ф. Зимбардо [Текст] / А. Сырцова, Е. Т. Соколова, О. В. Митина // Психологический журнал. - 2008. - Т. 29. - № 3. - С. 101-109.
104. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса [Текст] / Н. В. Тарабрина. - СПб.: Питер, 2001. - 272 с.
105. Таранова, Е. И. Семья как фактор, влияющий на формирование аутоагрессивного, суицидального поведения в подростковом возрасте [Текст] /

- Е. И. Таранова // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. - 2011. - №10 (105). - С.44-50.
106. Трунов, Д. Г. Определение суицида: поиск критериев [Текст] / Д. Г. Трунов // Суицидология. - 2016. - №1 (22). - С. 64-67.
107. Федосеенко Е. В. Психологическое сопровождение подростков: система работы, диагностика, тренинги: монография [Текст] / Е. В. Федосеенко. - СПб.: Речь, 2006. - 192 с.
108. Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2010 г. N 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию». URL: <http://www.rg.ru/2010/12/31/deti-inform-dok.html> (дата обращения 23.12.2016)
109. Федотов, И. А. Клинические и аутоагрессивные характеристики алкогольной зависимости у пациентов с различными видами привязанности к родителям: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.27; 14.01.06 [Текст] / И. А. Федотов. - М., 2015. - 21 с.
110. Фондеркина, Л. А. К вопросу о социально-психологической экспертизе интернет-информации, формирующей суицидальное поведение подростков [Текст] / Л. А. Фондеркина // Историческая и социально-образовательная мысль. - 2014. - № 2. - С. 262-267.
111. Франкл, В. Э. Человек в поисках смысла [Текст] / В. Э. Франкл. - М.: Прогресс, 1990. - 366 с.
112. Фрейд, З. Лекции по введению в психоанализ: пер. с нем.: сб. произведений [Текст] / З. Фрейд. - М.: Апрель-Пресс; Эксмо-Пресс, 2001. - 528 с.
113. Холмогорова, А. Б. Когнитивная психотерапия суицидального поведения: история разработки, современное состояние, перспективы развития [Электронный ресурс] / А. Б. Холмогорова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. - 2013. - № 2 (19). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 23.11.2015).
114. Хорошко, В. К. Самоубийства детей [Текст] / В. К. Хорошко // Российский психиатрический журнал. - 1998. - №3.- С. 70-80.

115. Чепелева, Л. М. Причины выбора суицидального поведения современными подростками [Текст] / Л. М. Чепелева, Э. Л. Дружинина // Общество и право. - 2014. - №3 (49) - С. 242-245.
116. Чубина, С. А. Клинико-эпидемиологический анализ суицидального поведения в Тульской области [Текст] / С. А. Чубина, Е. Б. Любов, А. Н. Куликов // Суицидология. - 2015. - №4 (21). - С. 66-75.
117. Чухрова, М. Г. Вероятностная модель суицидального поведения [Текст] / М. Г. Чухрова, Т. Г. Опенко, А. С. Чухров // Суицидология. - 2011. - Т. 2, № 1. - С. 37-41.
118. Шувалов, А. В. Детские суициды: попытка осмысления проблемы [Текст] / А. В. Шувалов // Вестник ПСТГУ. Серия 4: Педагогика. Психология. - 2013. - №29 (2). - С.131-141.
119. Шустов, Д. И. Аутоагрессивное поведение и алкоголизм (клинико-терапевтическое исследование): автореф. дис... д-ра. мед. наук / Д. И. Шустов. - М., 2000. - 48с.
120. Шустов, Д. И. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью. Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов [Текст] / Д. И. Шустов, А. В. Меринов. - Москва, 2000. - 20 с.
121. Эйдемиллер, Э. Г. Семейная психотерапия [Текст] / Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицких. - Л.: Медицина, 1989. - 187 с.
122. Эйдемиллер, Э. Г. Психология и психотерапия семьи [Текст] / Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицких. - СПб.: Питер, 2001. - 656 с.
123. Эйдемиллер, Э. Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия: Учебное пособие для врачей и психологов [Текст] / Э. Г. Эйдемиллер, И. В. Добряков, И. М. Никольская. - СПб.: Речь, 2003. - 336 с.
124. Эйдемиллер, Э. Г. Детская психиатрия [Текст] / Э. Г. Эйдемиллер. - СПб.: Питер. - 2005. - 1020 с.
125. Эрдынеева, К. Г. Суицидальное поведение: сущность, факторы и причины: кросскультурный анализ [Электронный ресурс]: учеб. пособие / К. Г.

Эрдынеева, В. П. Филиппова. - Москва: Акад. естествознания, 2010. - Режим доступа: <http://www.rae.ru/monographs/110>.

126. Юсупова, Г. В. Психоэмоциональное здоровье подростков как основа устойчивости личности к факторам, провоцирующим суицид [Текст] / Г. В. Юсупова, Н. Г. Климанова, А. А. Галиуллина // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология. - 2015. - № 1. - С. 240-244.
127. A qualitative investigation into the relationships between social factors and suicidal thoughts and acts experienced by people with a bipolar disorder diagnosis [Text] / R. Owen, P. Gooding, R. Dempsey [et al.] // Journal of affective disorders. - 2015. - Vol. 176. - P. 133-140.
128. A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth [Text] / A. L. Calear, H. Christensen, A. Freeman [et al.] // European Child & Adolescent Psychiatry. - 2016. - № 25. - P. 467-482.
129. Adolescents' self-reported suicide attempts, selfharm thoughts and their correlates across 17 European countries [Text] / A. Kokkevi, V. Rotsika, A. Arapaki [et al.] // J. Child Psychol. Psychiatry. - 2012. - № 53 (4). - P. 381-389.
130. Ageing towards 21 as a risk factor for Young Adult Suicide in the UK and Ireland [Text] / K. M. Malone, L. Quinlivan, T. Grant [et al.] // Epidemiology and Psychiatric Sciences. - 2013. - № 22. - P. 263-267.
131. Agnihotri, A. K. Suicide Prevention: does it work? [Text] / A. K. Agnihotri, O. I. Aruoma // Archives of Medical and Biomedical Research. - 2016. - Vol. 3, № 1. - P. 9-16.
132. Ajdacic-Gross, V. Suicide-background, epidemiology, risk factors [Text] / V. Ajdacic-Gross // Therapeutische Umschau. Revue thérapeutique. - 2015. - Vol. 72, № 10. - P. 603-609.
133. Ali, M. M. The social contagion effect of suicidal behavior in adolescents: does it really exist? [Text] / M. M. Ali, D. S. Dwyer, J. A. Rizzo // J. Ment. Health Policy Econ. - 2011. - № 14 (1). - P. 3-12.

134. Antidepressant treatment and suicide attempts and self-inflicted injury in children and adolescents [Text] / R. D. Gibbons, M. Coca Perrillon, K. Hur [et al.] // *Pharmacoepidemiology and drug safety*. - 2015. - Vol. 24, № 2. - P. 208-214.
135. Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review [Text] / K. H. Bentley, J. C. Franklin, J. D. Ribeiro [et al.] // *Clinical psychology review*. - 2016. - Vol. 43. - P. 30-46.
136. Are suicidal thoughts in adolescents dependent on substance abuse? [Text] / M. Wypiór, A. Sobieraj, A. Salomon-Perzyński [et al.] // *European Psychiatry*. - 2016. - Vol. 33. - P. 606-607.
137. Badiye, A. An empirical analysis of suicidal death trends in India: A 5-year retrospective study [Text] / A. Badiye, N. Kapoor, S. Ahmed // *Journal of Forensic and Legal Medicine*. - 2014. - № 27. - P. 29-34.
138. Bereavement after the suicide of a significant other [Text] / M. Pompili, A. Shrivastava, G. Serafini [et al.] // *Indian J. Psychiatry*. - 2013. - Vol. 55, № 3. - P. 256-263.
139. Berger, G. E. Suizidalität bei Adoleszenten–Prävention und Behandlung [Text] / G. E. Berger, A. Della Casa, D. Pauli // *Therapeutische Umschau*. - 2015. - Vol. 72, № 10. - P. 619-632.
140. Bernet, W. Symptom Checklist-90-Revised Scores in Adult Children Exposed to Alienating Behaviors: An Italian Sample [Text] / W. Bernet, A. J. L. Baker, M. C. Verrocchio // *Journal of forensic sciences*. - 2015. - Vol. 60, № 2. - P. 357-362.
141. Blum, R. Youth at risk: suicidal thoughts and attempts in Vietnam, China, and Taiwan [Text] / R. Blum, M. Sudhinaraset, M. R. Emerson // *J. Adolesc. Health*. - 2012. - № 50 (3). - P. 37-44.
142. Boyd, J. N. Constructing time after death the transcendental-future time perspective [Text] / J. N. Boyd, P. G. Zimbardo // *Time & Society*. - 1997. - Vol. 6, № 1. - P. 35-54.
143. Bridge, J. A. Adolescent suicide and suicidal behavior [Text] / J. A. Bridge, T. R. Goldstein, D. A. Brent // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. - 2006. - № 47. - P. 372-394.

144. Bridge, J. A. Suicide trends among elementary school-aged children in the United States from 1993 to 2012 [Text] / J. A. Bridge, L. Asti, L. M. Horowitz [et al.] // JAMA pediatrics. - 2015. - Vol. 169, № 7. - P. 673-677.
145. Brodsky, B. S. Early childhood environment and genetic interactions: the diathesis for suicidal behavior [Text] / B. S Brodsky // Current psychiatry reports. - 2016. - Vol. 18, № 9. - P. 86-89.
146. Bronisch, T. Smoking predicts suicidality: findings from a prospective community study [Text] / T. Bronisch, M. Hofler, R. Lieb // J. Affect. Disord. - 2008. - Vol. 108, № 1-2. - P. 135-145.
147. Bustamante, F. Trends and most frequent methods of suicide in Chile between 2001 and 2010 [Text] / F. Bustamante, V. Ramirez, C. Urquidi [et al.] // Crisis. - 2016. - № 37. - P. 21-30.
148. Cents, R. Suicide onder adolescenten [Text] / R. Cents, A. M. Los, P. Bindels // Huisarts en wetenschap. - 2016. - Vol. 59, № 3. - P. 126-130.
149. Cerel, J. Suicidal behavior in the family and adolescent risk behavior [Text] / J. Cerel, T. A. Roberts // J. Adolesc. Health. - 2005. - Vol. 36, № 4. - P. 352.e9-352.e16.
150. Columbia-suicide severity rating scale: predictive validity with adolescent psychiatric emergency patients [Text] / P. Y. Gipson, P. Agarwala, K. J. Opperman [et al.] // Pediatric emergency care. - 2015. - Vol. 31, № 2. - P. 88-94.
151. Cutcliffe, J. R. Research endeavours into suicide: a need to shift the emphasis [Text] / J. R. Cutcliffe // Br. J. Nurs. - 2003. - Vol. 12, № 2. - P. 92-99.
152. Cluver, L. Child and adolescent suicide attempts suicidal behavior, and adverse childhood experiences in South Africa: a prospective study [Text] / L. Cluver, M. Orkin, M. E. Boyes, L. Sherr // J. Adolesc. Health. - 2015. - 57 (1). - P. 52-59.
153. Czyz, E. K. A Prospective Examination of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior Among Psychiatric Adolescent Inpatients [Text] / E. K. Czyz, J. Berona, C. A. King // Suicide and life-threatening behavior. - 2015. - Vol. 45, № 2. - P. 243-259.

154. Czyz, E. K. Longitudinal trajectories of suicidal ideation and subsequent suicide attempts among adolescent inpatients [Text] / E. K. Czyz, C. A. King // *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. - 2015. - Vol. 44, № 1. - P. 181-193.
155. Derogatis, L. R. SCL-90 [Text] / L. R. Derogatis, R. S. Lipman, L. Covi // *Psychopharmacology Bull.* - 1973. - Vol. 9. - P. 13-28.
156. Developmental Trajectories of Suicidal Thoughts and Behaviors From Adolescence Through Adulthood [Text] / D. B. Goldston, A. Erkanli, S. S. Daniel [et al.] // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. - 2016. - Vol. 55, № 5. - P. 400-407.
157. Diggins, E. Management of patients presenting with self-harm [Text] / E. Diggins, D. Cottrell, A. House // *British journal of hospital medicine (London, England: 2005)*. - 2016. - Vol. 77, № 9. - P. 144-147.
158. Easterlin, R. A. Birth and fortune [Text] / R. A. Easterlin. - New York: Basic Books, 1980. - P. 65-96.
159. Espelage, D. L. Suicidal ideation and school bullying experiences after controlling for depression and delinquency [Text] / D. L. Espelage, M. K. Holt // *J. Adolesc. Health*. - 2013. - № 53 (1). - P. 27-31.
160. Ewing, J. A. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire [Text] / J. A. Ewing // *Jama*. - 1984. - Vol. 252, № 14. - P. 1905-1907.
161. Farrell, C. T. The role of social support and social context on the incidence of attempted suicide among adolescents living in extremely impoverished communities [Text] / C. T. Farrell, J. M. Bolland, W. C. Cockerham // *Journal of Adolescent Health*. - 2015. - Vol. 56, № 1. - P. 59-65.
162. Fombonne, E. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression / E. Fombonne, G. Wostear, V. Cooper [et al.] // *British Journal of Psychiatry*. - 2001. - Vol. 179. - P. 210-217.
163. Frequency and functions of non-suicidal self-injury: associations with suicidal thoughts and behaviors [Text] / E. Paul, A. Tsypes, L. Eidlitz [et al.] // *Psychiatry research*. - 2015. - Vol. 225, № 3. - P. 276-282.

164. Freud, S. *Psychoanalysis and Faith* [Text] / S. Freud. - New York: Basic Books, 1963. - P. 101-102.
165. Goodman, R. *Kinderpsychiatrie kompakt* [Text] / R. Goodman. - Berlin: Springer-Verlag, 2000. - S. 134-135.
166. Horwitz, A. G. Predicting future suicide attempts among adolescent and emerging adult psychiatric emergency patients [Text] / A. G. Horwitz, E. K. Czyz, C. A. King // *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. - 2015. - Vol. 44, № 5. - P. 751-761.
167. Page, R. Hopelessness and loneliness among suicide attempters in school-based samples of Taiwanese, Philippine and Thai adolescents [Text] / R. Page, J. Yanagishita // *School psychology international*. - 2006. - Vol. 27, № 5. - P. 583-598.
168. Plutchik, R. A structural theory of ego defenses and emotions. Emotions in personality and psychopathology [Text] / R. Plutchik, H. Kellerman, H. R. Conte. - Springer US, 1979. - P. 227-257.
169. Predicting suicide attempts in depressed adolescents: Clarifying the role of disinhibition and childhood sexual abuse [Text] / J. G. Stewart, J. C. Kim, E. C. Esposito [et al.] // *Journal of affective disorders*. - 2015. - Vol. 187. - P. 27-34.
170. Pridemore, W. A. Reduction in male suicide mortality following the 2006 Russian alcohol policy: an interrupted time series analysis [Text] / W. A. Pridemore, M. B. Chamlin, E. Andreev // *American journal public health*. - 2013. - Vol. 103, № 11. - P. 2021-2026.
171. Psychotic symptoms and population risk for suicide attempt: a prospective cohort study [Text] / I. Kelleher, P. Corcoran, H. Keeley [et al.] // *JAMA Psychiatry*. - 2013. - № 70(9). - P. 940- 948.
172. Psychotic symptoms in adolescence index risk for suicidal behavior: findings from 2 population-based case-control clinical interview studies [Text] / I. Kelleher, F. Lynch, M. Harley [et al.] // *Archives of General Psychiatry*. - 2012. - № 69(12). - P. 1277-1283.
173. Hegna, K. «Is there an elevated risk of attempted suicide among homosexual adolescents?» [Text] / K. Hegna. - *Tidsskr Nor Laegeforen*. - 2001. - 121 p.

174. Hetrick, S. Predicting suicidal risk in a cohort of depressed children and adolescents [Text] / S. Hetrick, A. Parker, J. Robinson [et al.] // *Crisis*. - 2011. - № 6. - P. 1-8.
175. Hu, J. Prevalence of suicide attempts among Chinese adolescents: A meta-analysis of cross-sectional studies [Text] / J. Hu, Y. Dong, X. Chen // *Comprehensive psychiatry*. - 2015. - Vol. 61. - P. 78-89.
176. Holinger, P. C. Prediction of adolescent suicide: a population model [Text] / P. C. Holinger, D. Offer // *Am. J. Psych.* - 1982. - Vol. 139. - P. 302-307.
177. Hung, N. C. Comprehending childhood bereavement by parental suicide: a critical review of research on outcomes, grief processes, and interventions [Text] / N. C. Hung, L. A. Rabin // *Death. Stud.* - 2009. - Vol. 33, № 9. - P. 781-814.
178. Häfner, H. The Werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis [Text] / H. Häfner // *Psychological Medicine*. - 1988. - Vol. 18, №9. - P. 66-76.
179. Ivarsson, T. A 2-4 year follow-up of depressive symptoms, suicidal ideation, and suicide attempts among adolescent psychiatric inpatients [Text] / T. Ivarsson, B. Larsson, C. Gillberg // *European Child and Adolescent Psychiatry*. - 1998. - Vol. 7. - P. 96-104.
180. Johnstone, J. M. Childhood predictors of lifetime suicide attempts and non-suicidal self-injury in depressed adults [Text] / J. M. Johnstone, J. D. Carter, S. E. Luby [et al.] // *Aust. NZJ Psychiatry*. - 2016. - 50(2). - P. 135-144.
181. Kann, L. Youth risk behavior surveillance - United States, 2013 [Text] / L. Kann, S. Kinchen, S. L. Shanklin [et al.] // *MMWR Surveillance Summ.* - 2014. - Vol. 63, № 4. - P. 1-168.
182. Karch, D. L. Precipitating circumstances of suicide among youth aged 10–17 years by sex: data from the National Violent Death Reporting System, 16 states, 2005–2008 [Text] / D. L. Karch, J. Logan, D. D. McDaniel [et al.] // *Journal of Adolescent Health*. - 2013. - Vol. 53, № 1. - P. 51-53.
183. Koyawala, N. Sleep problems and suicide attempts among adolescents: a case-control study [Text] / N. Koyawala, J. Stevens, S. M. McBee-Strayer // *Behavioral sleep medicine*. - 2015. - Vol. 13, № 4. - P. 285-295.

184. Labouliere, C. D. When self-reliance is not safe: associations between reduced help-seeking and subsequent mental health symptoms in suicidal adolescents [Text] / C. D. Labouliere, M. Kleinman, M. S. Gould // *Int. J. Environ. Res. Public. Health.* - 2015. - Vol. 12, № 4. - P. 3741-3755.
185. Lippard, E. T. Neurobiological risk factors for suicide: insights from brain imaging [Text] / E. T. Lippard, J. A. Johnston, H. P. Blumberg // *American journal of preventive medicine.* - 2014. - Vol.47, №. 3. -P. 152-162.
186. Lester, D. Experience of Personal Loss and Later Suicide [Text] / D. Lester // *Acta psychiatrica Scandinavica.* - 1989. - № 79. - P. 450-452.
187. Maddi, S. Hardiness and Mental Health [Text] / S. Maddi, D. Khoshaba // *Journal of Personality Assessment.* - 1994. - Vol. 63, № 2. - P. 265-274.
188. Major depression in the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement: prevalence, correlates, and treatment [Text] / S. Avenevoli, J. Swendsen, J. P. He [et al.] // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* - 2015. - Vol. 54, № 1. - P. 37-44.
189. Manceaux, P. Hormonal and developmental influences on adolescent suicide: a systematic review [Text] / P. Manceaux, D. Jacques, N. Zdanowicz // *Psychiatria Danubina.* - 2015. - № 27. - P. 300-304.
190. Mann, J. J. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients [Text] / J. J. Mann, C. Waternaux, G. L. Haas [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* - 1999. - № 156. - P. 181-197.
191. Maris, R. W. Suicide [Text] / R. W. Maris // *Lancet.* - 2002. - Vol. 360. - P. 319-326.
192. Martin, P. C. Magnetic resonance imaging markers of suicide attempt and suicide risk in adolescents [Text] / P. C. Martin, T. J. Zimmer, L. A. Pan // *CNS spectrums.* - 2015. - Vol. 20, № 04. - P. 355-358.
193. Matsubayashi, T. Suicides and accidents on birthdays: Evidence from Japan [Text] / T. Matsubayashi, M. Ueda // *Social Science & Medicine.* - 2016. - Vol. 159. - P. 61-72.

194. Maldonado, G. Variation in suicide occurrence by time of the day, day of the week, month and lunar phase [Text] / G. Maldonado, J. F. Kraus // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. - 1991. - Vol. 21, № 2. - P. 174-188.
195. McLoughlin, A. B. Global trends in teenage suicide: 2003- 2014 [Text] / A. B. McLoughlin, M. S. Gould, K. M. Malone // *QJM*. - 2015. - № 108 (10). - P. 765-780.
196. McMahan, E. M. The iceberg of suicide and self-harm in Irish adolescents: a population-based study [Text] / E. M. McMahan, H. Keely, M. Cannon [et al.] // *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. - 2014. - Vol. 49, №. 12. - P. 1929-1935.
197. McLone, S. G. Factors associated with suicide among adolescents and young adults not in mental health treatment at time of death / S. G. McLone, A. Kouvelis, M. Mason [Text] // *Journal of trauma and acute care surgery*. - 2016. - Vol. 81, № 4. - P. 25-29.
198. Million Death Study Collaborators. Suicide mortality in India: a nationally representative survey [Text] / V. Patel, C. Ramasundarahettige, L. Vijayakumar [et al.] // *Lancet*. - 2012. - № 379 (9834). - P. 2343-2351.
199. Minayo, M. C. Suicide attempts among the elderly: a review of the literature (2002/2013) [Text] / M. S. Minayo, F. G. Cavalcante // *Cien Saude Colet*. - 2015. - № 20 (6). - P. 1751-1762.
200. Murthy, R. S. The World health report 2001: Mental health: New understanding, new hope [Text] / R. S. Murthy. - Geneva: World Health Organization, 2001. - 186 p.
201. Multi-country, cross-national comparison of youth suicide ideation: Findings from Global School-based Health Surveys [Text] / R. M. Page, J. Saumweber, P. Cougar Hall [et al.] // *School Psychology International*. - 2013. - № 34. - P. 540-555.
202. Multi-level risk factors for suicidal ideation among at-risk adolescent females: the role of hypothalamic-pituitary-adrenal axis responses to stress [Text] / M. Giletta, C. D. Calhoun, P. D. Hastings [et al.] // *Journal of abnormal child psychology*. - 2015. - Vol. 43, № 5. - P. 807-820.

203. Negative automatic thoughts as a mediator of the relationship between depression and suicidal behavior in an at-risk sample of Malaysian adolescents [Text] / M. W. Choon, M. Abu Talib, S. N. Yaacob [et al.] // *Child and Adolescent Mental Health*. - 2015. - Vol. 20, № 2. - P. 89-93.
204. Newspaper coverage of suicide and initiation of suicide clusters in teenagers in the USA, 1988-96: a retrospective, population-based, case-control study [Text] / M. S. Gould, M. H. Kleinman, A. M. Lake [et al.] // *Lancet Psychiatry*. - 2014. - № 1 (1). - P. 34-43.
205. Non-suicidal self-injury and suicidal thoughts and behaviors in heterosexual and sexual minority young adults [Text] / A. Tsypes, R. Lane, E. Paul [et al.] // *Comprehensive psychiatry*. - 2016. - Vol. 65. - P. 32-43.
206. Onishi, K. Risk Factors and Social Background Associated with Suicide in Japan: A Review [Text] / K. Onishi // *Japan-hospitals: the journal of the Japan Hospital Association*. - 2015. - № 34. - P. 35-50.
207. Rajewska-Rager, A. Risk factors for suicide among children and youths with spectrum and early bipolar disorder / A. Rajewska-Rager, N. Lepczyńska, P. Sibilski // *Psychiatr. Pol.* - 2015. - Vol. 49, № 3. - P. 477-488.
208. Rhodes, A. E. Sex differences in suicides among children and youth: the potential impact of misclassification [Text] / A. E. Rhodes, S. Khan, M. H. Boyle [et al.] // *Can. J. Public Health*. - 2012. - № 103 (3). - P. 213-217.
209. Renaud, J. Current psychiatric morbidity, aggression/impulsivity, and personality dimensions in child and adolescent suicide: a case-control study [Text] / J. Renaud, M. T. Berlim, M. Tousignant [et al.] // *J. Affect. Disord.* - 2008. - № 105. - P. 221-228.
210. Robert, A. Internet use and suicidal behaviors: internet as a threat or opportunity? [Text] / A. Robert, J. M. Suelves, M. Armayones [et al.] // *Telemedicine and e-Health*. - 2015. - Vol. 21, № 4. - P. 306-311.
211. Robinson, W. L. Brief report: suicidal ideation in adolescent girls: impact of race [Text] / W. L. Robinson, J. R. Droegge, A. E. Hipwellb [et al.] // *Journal of Adolescence*. - 2016. - Vol. 53. - P. 16-20.

212. Sartorius, N. Depressiya: the world aspect of a problem [Text] / N. Sartorius // Bulletin on a depression. - 2013. - Vol. 6 (25). - P. 3-4.
213. Self-injurious implicit attitudes among adolescent suicide attempters versus those engaged in nonsuicidal self-injury [Text] / D. P. Dickstein, M. E. Puzia, G. K. Cushman [et al.] // Journal of child psychology and psychiatry. - 2015. - Vol. 56, № 10. - P. 1127-1136.
214. Sexual and gender minority youth suicide: understanding subgroup differences to inform interventions [Text] / K. N. O'Brien, J. M. Putney, N. W. Hebert [et al.] // LGBT health. - 2016. - Vol. 3, № 4. - P. 248-251.
215. Shain, B. N. American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Suicide and suicide attempts in adolescents [Text] / B. N. Shain // Pediatrics. - 2016. - № 138 (1). - 1420 p.
216. Soole R., Kolves K., De Leo D. Factors related to childhood suicides: analysis of the Queensland child death register [Text] / R. Soole, K. Kolves, D. De Leo // J. Affect. Disord. - 2014. - № 74. - P. 149-158.
217. Song, I. H. Association Between Suicidal Ideation and Exposure to Suicide in Social Relationships Among Family, Friend, and Acquaintance Survivors in South Korea [Text] / I. H. Song, S. W. Kwon, J. E. Kim // Suicide and Life-Threatening Behavior. - 2015. - Vol. 45, № 3. - P. 376-390.
218. Spicer, R. Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method [Text] / R. Spicer, T. Miller // Am. J. Public Health, 2000. - Vol. 90. - P. 85-91.
219. Spielberger, C. D. The experience, expression, and control of anger. Individual differences, stress, and health psychology [Text] / C. D. Spielberger, S. S. Krasner, E. P. Solomon. - Springer New York, 1988. - P. 89-108.
220. Stubbs, B. A population study of the association between sleep disturbance and suicidal behaviour in people with mental illness [Text] / B. Stubbs, Y. T. Wu, A. M. Prina // Journal of psychiatric research. - 2016. - № 82. - P. 149-154.

221. Suicidal Adolescents' Experiences With Bullying Perpetration and Victimization during High School as Risk Factors for Later Depression and Suicidality [Text] / A. B. Klomek, M. Kleinman, E. Altschuler [et al.] // *J. Adolesc. Health.* - 2013. - № 53 (1). - P. 37-42.
222. Suicidal thoughts and behaviors in children and adolescents with chronic tic disorders [Text] / E. A. Storch, C. E. Hanks, J. W. Mink [et al.] // *Depression and anxiety.* - 2015. - Vol. 32, № 10. - P. 744-753.
223. Suicide clusters: a review of risk factors and mechanisms [Text] / C. Haw, K. Hawton, C. Niedzwiedz [et al.] // *Suicide Life Threat Behav.* - 2013. - № 43 (1). - P. 97-108.
224. Suicide in narcotic drugs dependents [Text] / A. Ghaffari-Nejad, A. Mehdizadeh-Zareanari, F. Pouya [et al.] // *Addict. Health.* - 2012. - Vol. 4, № 1-2. - P. 43-48.
225. Swanson, S. A. Association between exposure to suicide and suicidality outcomes in youth [Text] / Swanson S. A., Colman I. // *CMAJ.* - 2013. - № 185 (10). - P. 870-877.
226. Tan, H. Reliability and validity assessment of the revised Symptom Checklist 90 for alopecia areata patients in China [Text] / H. Tan, X. Lan, N. Yu [et al.] // *The Journal of dermatology.* - 2015. - Vol. 42, № 10. - P. 975-980.
227. The association of parental fatal and non-fatal suicidal behaviour with off-spring suicidal behaviour and depression: a systematic review and meta-analysis [Text] / G. Geulayov, D. Gunnell, T. L. Holmen [et al.] // *Psychol. Med.* - 2012. - Vol. 42, № 8. - P. 1567-1580.
228. The impact of celebrity suicide on subsequent suicide rates in the general population of Korea from 1990 to 2010 [Text] / J. Park, N. Choi, S. J. Kim // *Journal of Korean medical science.* - 2016. - Vol. 31, № 4. - P. 598-603.
229. The relation between nicotine dependence and suicide attempts in the general population [Text] / D. Yaworski, J. Robinson, J. Sareen [et al.] // *Can. J. Psychiatry.* - 2011. - Vol. 56, № 3. - P. 161-170.
230. The relationship between cannabis involvement and suicidal thoughts and behaviors [Text] / M. J. Delforterie, M. T. Lynskey, A. C. Huizink [et al.] // *Drug and alcohol dependence.* - 2015. - Vol. 150. - P. 98-104.

231. Tobacco use and suicide attempt: longitudinal analysis with retrospective reports [Text] / I. Berlin, J. K. Hakes, M. C. Hu [et al.] // PLoS One. - 2015. - Vol. 10, № 4. - Art. e0122607.
232. Two studies of connectedness to parents and suicidal thoughts and behavior in children and adolescents [Text] / K. R. Conner, P. Wyman, D. B. Goldston [et al.] // Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. - 2016. - Vol. 45, № 2. - P. 129-140.
233. Uncovering key patterns in self-harm in adolescents: Sequence analysis using the Card Sort Task for Self-harm (CaTS) [Text] / E. Townsend, R. Wadman, K. Sayal [et al.] // Journal of affective disorders. - 2016. - № 206. - P. 161-168.
234. Urbán, R. Cross-cultural confirmation of bi-factor models of a symptom distress measure: Symptom Checklist-90-Revised in clinical samples [Text] / R. Urbán, W. A. Arrindell, Z. Demetrovics [et al.] // Psychiatry research. - 2016. - Vol. 239. - P. 265-274.
235. Wagner, G. Prefrontal cortical thickness in depressed patients with high-risk for suicidal behavior [Text] / G. Wagner // Journal of psychiatric research. - 2012. - Vol. 46, № 11. - P. 1449-1455.
236. Wasserman, D. Global suicide rates among young people aged 15 - 19 [Text] / D. Wasserman, Q. Cheng, G. Jiang // J. World Psychiatry. - 2005. - Vol. 4, № 2. - P. 114-120.
237. Wasserman, D. Psychosocial interventions to prevent repeated self-harm [Text] / D. Wasserman // The Lancet Psychiatry. - 2016. - Vol. 3, № 8. - P. 697-698.
238. Weeks, M. Predictors of suicidal behaviors in Canadian adolescents with no recent history of depression [Text] / M. Weeks, I. Colman // Archives of suicide research. - 2016. - № 1. - P. 1-11.
239. WHO: Mental health: suicide prevention (SUPRE). - Geneva, Switzerland: World Health Organization. - 2012. URL:http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html.

240. Why are suicidal thoughts less prevalent in older age groups? Age differences in the correlates of suicidal thoughts in the English Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007 [Text] / C. Cooper, K. Rantell, M. Blanchard [et al.] // Journal of affective disorders. - 2015. - Vol. 177. - P. 42-48.
241. Wilcox, H. C. Psychiatric morbidity, violent crime, and suicide among children and adolescents exposed to parental death [Text] / H. C. Wilcox, S. J. Kuramoto, P. Lichtenstein [et al.] // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. - 2010. - Vol. 49, № 5. - P. 514-523.
242. Zalsman, G. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review [Text] / G. Zalsman, K. Hawton, D. Wasserman // Lancet Psychiatry. - 2016. - № 3. - P. 646-659.

СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА

Таблица 1.1. Половозрастные показатели групп, участвующих в исследовании	39
Рисунок 1. Способы суицидальных попыток девушек (количество случаев в %)	41
Таблица 1.2. Присутствие психических расстройств в группе девушек подросткового возраста в n (%)	41
Таблица 2. Критерии, использованные для математико-статистической обработки эмпирических данных	49
Таблица 3.1.1. Сравнение показателей суицидальной аутоагрессии в группах ОДСП и ОДнСП в n (%)	51
Таблица 3.1.2. Сравнение показателей несуйцидальной аутоагрессии в группах ОДСП и ОДнСП в n (%)	52
Таблица 3.1.3. Наличие и выраженность предикторов аутоагрессии в группах ОДСП и ОДнСП в n (%)	54
Рисунок 2.1. Наличие и выраженность предикторов аутоагрессии в группах ОДСП и ОДнСП в %	56
Рисунок 2.2. Особенности воспитания и личностных черт групп (%)	57
Таблица 3.1.4. Уровни КПСН в исследуемых группах отцов в $M \pm m$	58
Таблица 3.2.1. Сравнение показателей суицидальной аутоагрессии в группах МДСП и МДнСП в n (%)	58
Таблица 3.2.2. Сравнение показателей несуйцидальной аутоагрессии в группах МДСП и МДнСП в n (%)	59
Таблица 3.2.3. Представленность предикторов аутоагрессивного поведения в группах МДСП и МДнСП в n (%)	61
Рисунок 3.1. Представленность предикторов аутоагрессивного поведения в группах МДСП и МДнСП в n (%)	63
Рисунок 3.2. Воспитание в неполных семьях у МДСП и МДнСП (%)	63
Таблица 3.2.4. Уровни КПСН в исследуемых группах МДСП и МДнСП	64

в $M \pm m$

Таблица 4.1.1. Уровень субшкальных диагностических концептов в группе ОДСП	66
Таблица 4.1.2. Особенности и вектор гнева в группе ОДСП	67
Таблица 4.1.3. Профиль психологических защитных механизмов в группе ОДСП	68
Таблица 4.1.4. Жизнестойкость и временная перспектива респондентов из группы ОДСП	69
Таблица 4.1.5. Анализ внутрисемейных отношений в группе ОДСП	70
Таблица 4.1.6. Присутствие клинических симптомов в группе ОДСП	73
Таблица 4.1.7. Присутствие психических расстройств в группе ОДСП в n (%)	74
Таблица 4.2.1. Уровень субшкальных диагностических концептов в группе МДСП	75
Таблица 4.2.2. Особенности и вектор гнева в группе МДСП	75
Таблица 4.2.3. Профиль психологических защитных механизмов в группе МДСП	76
Таблица 4.2.4. Жизнестойкость и временная перспектива респондентов из группы МДСП	77
Таблица 4.2.5. Анализ внутрисемейных отношений в группе МДСП	77
Таблица 4.2.6. Присутствие клинических симптомов в группе МДСП	78
Таблица 4.2.7. Присутствие психических расстройств в группе ОДСП в n (%)	79

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Общий бланк опросников для родителей

Опросник для выявления антивитаальных тенденций

Дата обследования _____ № _____
 Ф.И.О. _____ пол _____ возраст _____ образование _____
 профессия _____. Срок семейной жизни _____ в последнем браке _____. Количество браков _____. Количество разводов _____. Семейный статус _____.

Воспитание биологическими родителями: **Да Нет.**

Одним родителем: **Да Нет.** Без родителей: **Да Нет.**

Наличие отчима или мачехи: **Да Нет.** Пол и возраст ребенка:

1. Наблюдаетесь ли Вы у психиатра последние два года? Диагноз? Ранее двух лет?
2. Наблюдаются ли родственники у психиатра? Диагноз?
3. Пытался кто-либо из родственников совершить суицид? Степень родства?
4. Пытались ли Вы сами в течение последних двух лет покончить жизнь самоубийством? Ранее двух лет?
5. Думали ли Вы всерьез в течение последних двух лет покончить жизнь самоубийством? Ранее двух лет?
6. Имели Вы тесный опыт общения с будущим самоубийцей в течение последних двух лет? Ранее двух лет?
7. Бойтесь ли Вы темноты в течение последних двух лет? Ранее двух лет?
8. Характерно ли Вам последние два года долго переживаемое чувство вины? Ранее двух лет?
9. Вы можете долго терпеть боль?
10. Свойственно ли Вам порой в последние два года навязчивое чувство стыда? Ранее двух лет?
11. Чувствуете ли Вы себя последние два года одиноким? Ранее двух лет?
12. Бывают ли у Вас в последние два года беспричинные приступы депрессии? Ранее двух лет?
13. Бойтесь ли Вы смерти?
14. Имеются ли у Вас в последние 2 года соматические заболевания (Бронхиальная астма; Гипертония; Язвенная болезнь ЖКТ; Сахарный диабет; Гипертиреоз; Близорукость; Дальновзоркость; НЦД; Ревматические болезни; Нейродермит; Псориаз; Проблемы с позвоночником; Другие)? Ранее двух лет?
15. Были ли у Вас в последние два года переломы костей? Ранее двух лет?
16. Были ли у Вас в последние два года ампутации органов? Ранее двух лет??
17. Вам известно в последние два года чувство безысходности? Ранее двух лет?
18. У Вас были в последние два года одна и более мелкая операция? Ранее двух лет? Какие?
19. У Вас были в последние два года одна и более серьезная операция? Ранее двух лет? Какие?
20. Были ли у Вас в последние два года черепно-мозговые травмы с потерей сознания? Ранее двух лет?
21. Были ли у Вас в последние два года несчастные случаи? Ранее двух лет? Сколько? Какие?
22. Злоупотребляете ли Вы в последние два года алкоголем? Ранее двух лет?
23. Вы стали больше курить в последние два года? Ранее двух лет? Курите вообще?
24. Можно ли сказать, что чувства вины и стыда Вам особенно присущи в последние два года? Ранее двух лет?
25. Склонны ли Вы в последние два года к перееданию или иногда к отказу от пищи? Ранее двух лет?
26. Приобрели ли Вы в последние два года опасные хобби, привычки, склонности? Ранее двух лет?
27. Подвергались ли Вы в последние два года серьезному физическому насилию? Ранее двух лет?
28. Били ли Вас в детстве родители?

29. Наносили ли Вы себе в последние два года повреждения (братания, порезы)? Ранее двух лет?
30. Употребляете ли Вы в последние два года наркотики, другие дурманящие вещества? Ранее двух лет?
31. Склонны ли Вы к неоправданному риску в последние два года? Ранее двух лет?
32. В вашей семье было много долгожителей?
33. В вашей семье были трагические смерти? Сколько? Какие?
34. Стыдились ли Вы своего тела последние два года? Ранее двух лет?
35. Имеете ли Вы сейчас физический недостаток?
36. Есть ли у Вас комплекс неполноценности в последние два года? Ранее двух лет?
37. Верите ли Вы в Бога?
38. Могли бы Вы сейчас представить собственную смерть, похороны?
39. Верите ли Вы, что души грешников попадают в ад?
40. Сильно ли в Вас последние два года чувство, что ваше время умирать не скоро? Ранее двух лет?
41. Вы имеете чёткие представления о смысле жизни?
42. Были ли у вас в последние два года обморожения? Ранее двух лет?
43. Сделали ли Вы в жизни что-то, за что Вас будут долго помнить после смерти?
44. Вы не видите в последние два года в этой жизни никакого смысла? Ранее двух лет?
45. Считаете ли Вы себя больше праведником, чем грешником?
46. Мучаетесь ли Вы в последние два года частыми угрызениями совести? Ранее двух лет?
47. Ваша семейная жизнь по большому счёту удалась?
48. Вас полностью устраивает ваша специальность и работа?
49. Вы потеряли работу в последние два года? Ранее двух лет?
50. Верите ли Вы, что будете жить после смерти?
51. Часто ли Вас обворовывали в последние два года? Ранее двух лет?
52. Были ли у Вас в последние два года случаи ожогов во сне о батарею, сигарету? Ранее двух лет?
53. Были ли у Вас серьёзные бытовые ожоги в последние два года? Ранее двух лет?
54. Судимы ли Вы в последние два года? Ранее двух лет?
55. Могли бы Вы нарушить общественные нормы морали и нравственности в последние два года? Ранее двух лет?
56. Вы хотели бы обратиться за помощью к психиатру в последние два года? Ранее двух лет?
57. Агрессивны ли Вы в последние два года? Ранее двух лет?
58. Вы легко делитесь своими проблемами с окружающими, не боясь их осуждения?
59. Вы предпочитаете свои неудачи «держать в себе»?
60. В случившихся неудачах Вы склонны винить больше себя?
61. В случившихся неудачах Вы склонны винить обстоятельства и других людей?
62. Я верю, что длительное терпение обязательно будет вознаграждено.
63. Алкогольный семейный анамнез – наличие алкогольной зависимости у ближайших родственников.

«Симптоматический опросник SCL-90-R» (Simptom CheckList-90-Revised)

Пожалуйста, читайте каждый пункт внимательно. Поставьте галочку в ячейке того ответа, который наиболее точно описывает степень Вашего дискомфорта или встревоженности в связи с той или иной проблемой в течение последней недели, включая сегодня. Варианты ответов: совсем нет, немного, умеренно, сильно, очень сильно.

НАСКОЛЬКО СИЛЬНО ВАС ТРЕВОЖИЛИ:

1. Головные боли
2. Нервозность или внутренняя дрожь
3. Повторяющиеся неприятные неотвязные мысли

4. Слабость или головокружения
5. Потеря сексуального влечения или удовольствия
6. Чувство недовольства другими
7. Ощущение, что кто-то другой может управлять Вашими мыслями
8. Ощущение, что почти во всех Ваших неприятностях виноваты другие
9. Проблемы с памятью
10. Ваша небрежность или неряшливость
11. Легко возникающая досада или раздражение
12. Боли в сердце или в грудной клетке
13. Чувство страха в открытых местах или на улице
14. Упадок сил или заторможенность
15. Мысли о том, чтобы покончить с собой
16. То, что Вы слышите голоса, которых не слышат другие
17. Дрожь
18. Чувство, что большинству людей нельзя доверять
19. Плохой аппетит
20. Слезливость
21. Застенчивость или скованность в общении с лицами другого пола
22. Ощущение, что Вы в западне или пойманы
23. Неожиданный и беспричинный страх
24. Вспышки гнева, которые Вы не могли сдержать
25. Боязнь выйти из дома одному
26. Чувство, что Вы сами во многом виноваты
27. Боли в пояснице
28. Ощущение, что что-то Вам мешает сделать что-либо
29. Чувство одиночества
30. Подавленное настроение, «хандра»
31. Чрезмерное беспокойство по разным поводам
32. Отсутствие интереса к чему бы то ни было
33. Чувство страха
34. То, что Ваши чувства легко задеть
35. Ощущение, что другие проникают в Ваши мысли
36. Ощущение, что другие не понимают Вас или не сочувствуют Вам
37. Ощущение, что люди недружелюбны или Вы им не нравитесь
38. Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки
39. Сильное или учащенное сердцебиение
40. Тошнота или расстройство желудка
41. Ощущение, что Вы хуже других
42. Боли в мышцах
43. Ощущение, что другие наблюдают за Вами или говорят о Вас
44. То, что Вам трудно заснуть
45. Потребность проверять и перепроверять то, что вы делаете
46. Трудности в принятии решения
47. Боязнь езды в автобусах, метро или поездах
48. Затруднённое дыхание
49. Приступы жара или озноба
50. Необходимость избегать некоторых мест или действий, т.к. они Вас пугают
51. То, что Вы легко теряете мысль
52. Онемение или покалывание в различных частях тела
53. Комок в горле
54. Ощущение, что будущее безнадежно

55. То, что Вам трудно сосредоточиться
56. Ощущение слабости в различных частях тела
57. Ощущение напряжённости или взвинченности
58. Тяжесть в конечностях
59. Мысли о смерти
60. Переедание
61. Ощущение неловкости, когда люди наблюдают за Вами или говорят о Вас
62. То, что у Вас в голове чужие мысли
63. Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо
64. Бессонница по утрам
65. Потребность повторять действия: прикасаться, мыться, перечитывать и т.д.
66. Беспокойный и тревожный сон
67. Импульсы ломать или крушить что-нибудь
68. Наличие у вас идей или верований, которые не разделяют другие
69. Чрезмерная застенчивость при общении с другими
70. Чувство неловкости в людных местах (магазинах, кинотеатрах)
71. Чувство, что всё, что бы Вы ни делали, требует больших усилий
72. Приступы ужаса или паники
73. Чувство неловкости, когда Вы едите и пьёте на людях
74. То, что Вы часто вступаете в спор
75. Нервозность, когда Вы остались одни
76. То, что другие недооценивают Ваши достижения
77. Чувство одиночества, даже когда Вы с другими людьми
78. Такое сильное беспокойство, что Вы не могли усидеть на месте
79. Ощущение собственной никчемности
80. Ощущение, что с Вами произойдёт что-то плохое
81. То, что Вы кричите или швыряетесь вещами
82. Боязнь, что Вы упадёте в обморок на людях
83. Ощущение, что люди злоупотребляют Вашим доверием, если Вы им позволите
84. Нервировавшие Вас сексуальные мысли
85. Мысли, что Вы должны быть наказаны за ваши грехи
86. Кошмарные мысли или видения
87. Мысли о том, что с вашим телом что-то не в порядке
88. То, что Вы не чувствуете близости ни к кому
89. Чувство вины
90. Мысли о том, что с Вашим рассудком творится что-то неладное

Опросник суицидального риска в модификации Разуваевой Т.Н. (1993)

Прочитайте утверждения и ответьте да или нет.

1. Вы все чувствуете острее, чем большинство людей.
2. Вас часто одолевают мрачные мысли.
3. Теперь Вы уже не надеетесь добиться желаемого положения в жизни.
4. В случае неудачи Вам трудно начать новое дело.
5. Вам определено не везет в жизни.
6. Работать Вам стало труднее, чем раньше.
7. Большинство людей довольны жизнью более, чем Вы.
8. Вы считаете, что смерть является искуплением.
9. Только зрелый человек может принять решение уйти из жизни.
10. Временами у Вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
11. Обычно Вы осторожны с людьми, которые относятся к Вам дружелюбнее, чем Вы ожидали.

12. Вы считаете себя обреченным человеком.
13. Мало кто искренне пытается помочь другим, если это связано с неудобствами.
14. У Вас такое впечатление, что Вас никто не понимает.
15. Человек, который вводит других в соблазн, оставляя без присмотра ценное имущество, виноват примерно столько же, сколько и тот, кто это имущество похищает.
16. В Вашей жизни не было таких неудач, когда казалось, что все кончено.
17. Обычно Вы удовлетворены своей судьбой.
18. Вы считаете, что всегда нужно вовремя ставить точку.
19. В Вашей жизни есть люди, привязанность к которым может очень повлиять на Ваши решения и даже изменить их.
20. Когда Вас обижают, Вы стремитесь во что бы то ни стало доказать обидчику, что он поступил несправедливо.
21. Часто Вы так переживаете, что это мешает Вам говорить.
22. Вам часто кажется, что обстоятельства, в которых Вы оказались, отличаются особой несправедливостью.
23. Иногда Вам кажется, что Вы вдруг сделали что-то скверное или даже хуже.
24. Будущее представляется Вам довольно беспросветным.
25. Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путем.
26. Будущее слишком расплывчато, чтобы строить серьезные планы.
27. Мало кому в жизни пришлось испытать то, что пережили Вы.
28. Вы склонны так остро переживать неприятности, что не можете мысли об этом выкинуть из головы.
29. Часто Вы действуете необдуманно, повинуясь первому порыву.

Опросник Плутчика-Келлермана-Конте - Индекс жизненного стиля (Life Style Index)

Прочитайте утверждения и обведите вариант ответа, наиболее подходящий для Вас - ДА или
НЕТ.

1. Я очень легкий человек и со мной легко ужиться.
2. Когда я хочу чего-нибудь, то никак не могу дождаться, когда это получу.
3. Всегда существовал человек, на которого я хотел бы походить.
4. Люди не считают меня эмоциональным человеком.
5. Я выхожу из себя, когда смотрю фильмы непристойного содержания.
6. Я редко помню свои сны.
7. Меня бесят люди, которые всеми вокруг командуют.
8. Иногда у меня появляется сильное желание пробить стену кулаком.
9. Меня раздражает тот факт, что люди слишком много задаются.
10. В мечтах я всегда в центре внимания.
11. Я человек, который никогда не плачет.
12. Необходимость пользоваться общественным туалетом заставляет меня совершать над собой усилие.
13. Я всегда готов выслушать обе стороны во время спора.
14. Меня легко вывести из себя.
15. Когда кто-нибудь толкает меня в толпе, я чувствую, что готов толкнуть его в ответ.
16. Многое во мне восхищает людей.
17. Я полагаю, что лучше хорошенько обдумать что-нибудь до конца, чем приходить в ярость.
18. Я много болею.
19. У меня плохая память на лица.
20. Когда меня отвергают, у меня появляются мысли о самоубийстве.
21. Когда я слышу сальность, то очень смущаюсь.

22. Я всегда вижу светлую сторону вещей.
23. Я ненавижу злобных людей.
24. Мне трудно избавиться от чего-либо, что принадлежит мне.
25. Я с трудом запоминаю имена.
26. У меня склонность к излишней импульсивности.
27. Люди, которые добиваются своего криком и воплями, вызывают у меня отвращение.
28. Я свободен от предрассудков.
29. Мне крайне необходимо, чтобы люди говорили мне о моей сексуальной привлекательности.
30. Когда я собираюсь в поездку, то планирую каждую деталь заранее.
31. Иногда мне хочется, чтобы атомная бомба разрушила весь мир.
32. Порнография отвратительна.
33. Когда я чем-нибудь расстроен, то много ем.
34. Люди мне никогда не надоедают.
35. Многое из своего детства я не могу вспомнить.
36. Когда я собираюсь в отпуск, то обычно беру с собой работу.
37. В своих фантазиях я совершаю великие поступки.
38. В большинстве своем люди раздражают меня, так как они слишком эгоистичны.
39. Прикосновение к чему-нибудь осклизлому, скользкому, вызывает у меня отвращение.
40. Если кто-то надоедает мне, я не говорю ему это, а стремлюсь выразить свое недовольство кому-то другому.
41. Я полагаю, что люди обведут вас вокруг пальца, если вы не будете осторожны.
42. Мне требуется много времени, чтобы разглядеть плохие качества в других людях.
43. Я никогда не волнуюсь, когда слышу о какой-либо трагедии.
44. В споре я обычно более логичен, чем другой человек.
45. Мне совершенно необходимо слышать комплименты.
46. Беспорядочность отвратительна.
47. Когда я веду машину, у меня иногда появляется сильное желание толкнуть другую машину.
48. Иногда, когда у меня что-нибудь не получается, я злюсь.
49. Когда я вижу кого-нибудь в крови, это меня почти не беспокоит.
50. У меня портится настроение и я раздражаюсь, когда на меня не обращают внимания.
51. Люди говорят мне, что я всему верю.
52. Я ношу одежду, которая скрывает мои недостатки.
53. Мне очень трудно пользоваться неприличными словами.
54. Мне кажется, я много спорю с людьми.
55. Меня отталкивает от людей то, что они неискренни.
56. Люди говорят мне, что я слишком беспристрастен во всем.
57. Я знаю, что мои моральные стандарты выше, чем у большинства других людей.
58. Когда я не могу справиться с чем-либо, я готов заплакать.
59. Мне кажется, что я не могу выражать свои эмоции.
60. Когда кто-нибудь толкает меня, я прихожу в ярость.
61. То, что мне не нравится, я выбрасываю из головы.
62. Я очень редко испытываю чувство привязанности.
63. Я терпеть не могу людей, которые всегда стараются быть в центре внимания.
64. Я многое коллекционирую.
65. Я работаю упорнее, чем большинство людей, для того чтобы добиться результатов в области, которая меня интересует.
66. Звуки детского плача не беспокоят меня.
67. Я бываю так сердит, что мне хочется крушить все вокруг.
68. Я всегда оптимистичен.
69. Я много лгу.

70. Я больше привязан к самому процессу работы, чем к отношениям, которые складываются вокруг нее.
71. В основном люди несносны.
72. Я бы ни за что не пошел на фильм, в котором слишком много сексуальных сцен.
73. Меня раздражает то, что людям нельзя доверять.
74. Я буду делать все, чтобы произвести хорошее впечатление.
75. Я не понимаю некоторых своих поступков.
76. Я через силу смотрю кинокартины, в которых много насилия.
77. Я думаю, что ситуация в мире намного лучше, чем думает большинство людей.
78. Когда у меня неудача, я не могу скрыть плохого настроения.
79. То, как люди одеваются сейчас на пляже, неприлично.
80. Я не позволяю своим эмоциям захватывать меня.
81. Я всегда планирую наихудшее, чтобы не быть застигнутым врасплох.
82. Я живу так хорошо, что многие люди хотели бы оказаться в моем положении.
83. Когда-то я был так сердит, что сильно саданул по чему-то и случайно поранил себя.
84. Я испытываю отвращение, когда сталкиваюсь с людьми низкого морального уровня.
85. Я почти ничего не помню о своих первых годах в школе.
86. Когда я расстроен, я невольно поступаю как ребенок.
87. Я предпочитаю больше говорить о своих мыслях, чем о своих чувствах.
88. Мне кажется, что я не смог закончить ничего из того, что начал.
89. Когда слышу о жестокостях, это не трогает меня.
90. В моей семье почти никогда не противоречат друг другу.
91. Я много кричу на людей.
92. Ненавижу людей, которые топчут других, чтобы продвинуться вперед.
93. Когда расстроен, я часто напиваюсь.
94. Я счастлив, что у меня меньше проблем, чем у большинства людей.
95. Когда что-нибудь расстраивает меня, я сплю больше, чем обычно.
96. Я нахожу отвратительным, что большинство людей лгут, для того чтобы добиться успеха.
97. Я говорю много неприличных слов.

Опросник для диагностики специфики переживания гнева State Anger Inventory - STAXI

Прочитайте утверждения и отметьте галочкой или крестиком вариант ответа, наиболее подходящий для Вас:

Часть 1. Как Я себя чувствую СЕЙЧАС

Утверждения	Нет, это не так	Немного	Умеренно	Очень
1. Я разъярен				
2. Я чувствую себя раздраженным				
3. Я зол				
4. Я чувствую, что мне хочется накричать на кого-нибудь				
5. Я чувствую, что мне хочется разбить что-нибудь вдребезги				
6. Я взбешен				
7. Я чувствую, что мне хочется стукнуть по столу кулаком				
8. Я чувствую, что мне хочется кого-нибудь ударить				
9. Я готов взорваться				
10. Я чувствую, что мне хочется ругаться				

Часть 2. Как Я себя ОБЫЧНО чувствую

Утверждения	Почти никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
1. Я легко завожусь				
2. Я человек огненного темперамента				
3. Я вспыльчивый человек				
4. Меня злит, когда мне приходится действовать медленнее из-за чужих ошибок				
5. Меня раздражает, если моя хорошая работа остается незамеченной				

6. Я – взрывчатый человек				
7. Когда я взбешен, я говорю очень неприятные вещи				
8. Я впадаю в ярость, когда меня критикуют в чем-то присутствии				
9. Когда я сильно неудовлетворен чем-то и никак не могу сделать что хочу, мне хочется кого-нибудь ударить				
10. Меня приводит в ярость, если я делаю хорошую работы, а ее плохо оценивают				

Часть 3. Когда Я зол или разъярен

1. Я контролирую свой гнев				
2. Я проявляю свою злость				
3. Во мне накапливается возбуждение, не находя разрядки				
4. Я терпелив с окружающими				
5. Я угрюмый и хмурый				
6. Я отдаляюсь от людей				
7. Я делаю едкие замечания окружающим				
8. Я не даю выход гнев (я держу гнев в себе)				
9. Я могу хлопнуть дверью				
10. Моя злость не находит выхода, и я надолго остаюсь раздраженным				
11. Я контролирую свое поведение				
12. Я ругаюсь с окружающими				
13. Я склонен копить обиды, о которых никому не говорю				
14. Если меня что-то или кто-то взбесит, я этого так просто не спускаю				
15. Я могу удержать себя от потери самообладания				
16. Я затаиваю обиду				
17. Я гораздо более злой, чем это обычно признаю				
18. Я все сдерживаю внутри				
19. Я говорю гадкие вещи				
20. Ничто не заставит меня показать свою злость (Я скрываю свою злость)				
21. Я раздражаюсь в гораздо большей степени, чем окружающие это замечают				
22. Я теряю самообладание				
23. Если кто-то меня раздражает, я готов высказать ему или ей, что я чувствую				
24. Я контролирую свое чувство гнева				

Тест жизнестойкости - Hardiness Survey в модификации Леонтьева Д.А., Рассказовой Е.И. (2006)

Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы, отмечая галочкой тот ответ, который наилучшим образом отражает Ваше мнение. Варианты ответов: нет; скорее нет, чем да; скорее да, чем нет; да.

1. Я часто не уверен(а) в собственных решениях.
2. Иногда мне кажется, что никому нет до меня дела.
3. Часто, даже хорошо выспавшись, я с трудом заставляю себя встать с постели.
4. Я постоянно занят(а), и мне это нравится.
5. Часто я предпочитаю «плыть по течению».
6. Я меняю свои планы в зависимости от обстоятельств.
7. Меня раздражают события, из-за которых я вынужден(а) менять свой распорядок дня.
8. Непредвиденные трудности порой совершенно утомляют меня.
9. Я всегда контролирую ситуацию настолько, насколько это необходимо.
10. Порой я так устаю, что уже ничто не может заинтересовать меня.
11. Порой все, что я делаю, кажется мне бесполезным.
12. Я стараюсь быть в курсе всего происходящего вокруг меня.

13. Лучше синица в руках, чем журавль в небе.
14. Вечером я часто чувствую себя совершенно разбитым.
15. Я предпочитаю ставить перед собой трудно достижимые цели и добиваться их.
16. Иногда меня пугают мысли о будущем.
17. Я всегда уверен(а), что смогу воплотить в жизнь то, что задумал(а).
18. Мне кажется, я не живу полной жизнью, а только играю роль.
19. Мне кажется, если бы в прошлом у меня было меньше разочарований и невзгод, мне было бы сейчас легче жить на свете.
20. Возникающие проблемы часто кажутся мне неразрешимыми.
21. Испытав поражение, я буду пытаться взять реванш.
22. Я люблю знакомиться с новыми людьми.
23. Когда кто-нибудь жалуется, что жизнь скучна, это значит, что он просто не умеет видеть интересное.
24. Мне всегда есть чем заняться.
25. Я всегда могу повлиять на результат того, что происходит вокруг.
26. Я часто сожалею о том, что уже сделано.
27. Если проблема требует больших усилий, я предпочитаю отложить ее до лучших времен.
28. Мне трудно сблизиться с другими людьми.
29. Как правило, окружающие слушают меня внимательно.
30. Если бы я мог(ла), я бы многое изменил(а) в прошлом.
31. Я довольно часто откладываю на завтра то, что трудно осуществимо, или то, в чем я не уверен.
32. Мне кажется, жизнь проходит мимо меня.
33. Мои мечты редко сбываются.
34. Неожиданности дарят мне интерес к жизни.
35. Порой мне кажется, что все мои усилия тщетны.
36. Порой я мечтаю о спокойной размеренной жизни.
37. Мне не хватает упорства закончить начатое.
38. Бывает, жизнь кажется мне скучной и бесцветной.
39. У меня нет возможности влиять на неожиданные проблемы.
40. Окружающие меня недооценивают.
41. Как правило, я работаю с удовольствием.
42. Иногда я чувствую себя лишним(-ей) даже в кругу друзей.
43. Бывает, на меня наваливается столько проблем, что просто руки опускаются.
44. Друзья уважают меня за упорство и непреклонность.
45. Я охотно берусь воплощать новые идеи.

Опросник временной перспективы Зимбардо - Zimbardo Time Perspective Inventory

Пожалуйста, прочитайте все предлагаемые пункты опросника и как можно более честно ответьте на вопрос: «Насколько это характерно или верно в отношении Вас?» Отметьте свой ответ в соответствующей ячейке, используя шкалу (1 - совершенно не верно, 2 - скорее неверно, 3 - нейтрально, 4 - скорее верно, 5 - совершенно верно).

1. Я считаю, что весело проводить время со своими друзьями – одно из важных удовольствий в жизни.
2. Знакомые с детства картины, звуки, запахи часто приносят с собой поток замечательных воспоминаний.
3. Судьба многое определяет в моей жизни.
4. Я часто думаю о том, что я должен(-на) был(а) сделать в своей жизни иначе.
5. На мои решения в основном влияют окружающие меня вещи и люди.
6. Я считаю, что каждое утро человек должен планировать свой день.

7. Мне приятно думать о своем прошлом.
8. Я действую импульсивно.
9. Я не беспокоюсь, если мне что-то не удастся сделать вовремя.
10. Если я хочу достичь чего-то, я ставлю перед собой цели и размышляю над тем, какими средствами их достичь.
11. Вообще говоря, в моих воспоминаниях о прошлом гораздо больше хорошего, чем плохого.
12. Слушая свою любимую музыку, я часто забываю про время.
13. Если завтра необходимо закончить (сдать) работу и предстоят другие важные дела, то сегодня я думаю о них, а не о развлечениях сегодняшнего вечера.
14. Если уж чему-то суждено случиться, то от моих действий это не зависит.
15. Мне нравятся рассказы о том, как все было в старые добрые времена.
16. Болезненные переживания прошлого продолжают занимать мои мысли.
17. Я стараюсь жить полной жизнью каждый день, насколько это возможно.
18. Я расстраиваюсь, когда опаздываю на заранее назначенные встречи.
19. В идеале, я бы прожил(а) каждый свой день так, словно он последний.
20. Счастливые воспоминания о хороших временах с легкостью приходят в голову.
21. Я вовремя выполняю свои обязательства перед друзьями и начальством.
22. В прошлом мне досталась своя доля плохого обращения и отвержения.
23. Я принимаю решения под влиянием момента.
24. Я принимаю каждый день, каков он есть, не пытаюсь планировать его заранее.
25. В прошлом слишком много неприятных воспоминаний, я предпочитаю не думать о них.
26. Важно, чтобы в моей жизни были волнующие моменты.
27. В прошлом я совершил(а) ошибки, которые хотел(а) бы исправить.
28. Я чувствую, что гораздо важнее получать удовольствие от процесса работы, чем выполнить её в срок.
29. Я скучаю по детству.
30. Прежде чем принять решение, я взвешиваю, что я затрачу, и что получу.
31. Риск позволяет мне избежать скуки в жизни.
32. Для меня важнее получать удовольствие от самого путешествия по жизни, чем быть сосредоточенным(-ной) только на цели этого путешествия.
33. Редко получается так, как я ожидаю.
34. Мне трудно забыть неприятные картины из моей юности.
35. Процесс деятельности перестает приносить мне удовольствие, если приходится думать о цели, последствиях и практических результатах
36. Даже когда я получаю удовольствие от настоящего, я все равно сравниваю его с чем-то похожим из своего прошлого.
37. Ты реально не можешь планировать свое будущее, потому что все слишком изменчиво.
38. Мой жизненный путь контролируется силами, на которые я не могу повлиять.
39. Нет смысла беспокоиться о будущем, так как я все равно ничего не могу сделать.
40. Я выполняю намеченное вовремя, постепенно продвигаясь вперед.
41. Я замечаю, что теряю интерес к разговору, когда члены моей семьи начинают вспоминать былое.
42. Я рискую, чтобы придать жизни остроты и возбуждения.
43. Я составляю список того, что мне надо сделать.
44. Я чаще следую порывам сердца, чем доводам разума.
45. Я способен(-на) удержаться от соблазнов, если знаю, что меня ждет работа, которую нужно сделать.
46. Волнующие моменты часто захватывают меня.
47. Сегодняшняя жизнь слишком сложна, я бы предпочел(-ла) более простое прошлое.
48. Я предпочитаю таких друзей, которые спонтанны и раскованы, а не очень предсказуемы.
49. Мне нравятся семейные традиции, которые постоянно соблюдаются.

50. Я думаю о том плохом, что произошло со мной в прошлом.
51. Я продолжаю работу над трудными и неинтересными заданиями, если это поможет мне продвинуться вперед.
52. Лучше потратить заработанные деньги на удовольствия сегодняшнего дня, чем отложить на черный день.
53. Часто удача дает больше, чем упорная работа.
54. Я часто думаю о том хорошем, что упустил(-а) в своей жизни.
55. Мне нравится, когда мои близкие отношения исполнены страсти.
56. Придерживаюсь мнения, что «работа не волк, в лес не убежит».

Опросник Анализ семейных взаимоотношений - АВС

Читайте по очереди утверждения опросника. Если Вы в общем согласны с ними, то обведите кружком ответ ДА. Если Вы в общем не согласны – обведите кружком ответ НЕТ. Если очень трудно выбрать, то поставьте на номере вопросительный знак. Старайтесь, чтобы таких ответов было не больше 5.

1. Все, что я делаю, я делаю ради моего сына (дочери).
2. У меня часто не хватает времени позаниматься с сыном (дочерью) чем-нибудь интересным – куда-нибудь пойти вместе, о чем-нибудь подольше поговорить.
3. Мне приходится разрешать моему ребенку такие вещи, которых не разрешают многие другие родители.
4. Не люблю, когда сын (дочь) приходит ко мне с вопросами. Лучше, чтобы догадался сам (сама).
5. Наш ребенок имеет больше обязанностей, чем большинство его товарищей.
6. Моего сына (дочь) очень трудно заставить что-нибудь сделать по дому.
7. Всегда лучше, если дети не думают о том, правильны ли взгляды их родителей.
8. Мой сын (дочь) возвращается вечером тогда, когда хочет.
9. Если хочешь, чтобы твой сын (дочь) стал(а) человеком, не оставляй безнаказанным ни одного его (ее) плохого поступка.
10. Если только возможно, стараюсь не наказывать сына (дочь).
11. Когда я в хорошем настроении, нередко прощаю своему сыну (дочери) то, за что в другое время наказал(а) бы.
12. Я люблю своего сына (дочь) больше, чем супруга.
13. Младшие дети мне нравятся больше, чем старшие.
14. Если мой сын (дочь) подолгу упрямится или злится, у меня бывает чувство, что я поступил(а) по отношению к нему (ней) неправильно.
15. У нас долго не было ребенка, хотя мы его очень ждали.
16. Общение с детьми в общем-то утомительное дело.
17. У моего сына (дочери) есть некоторые качества, которые выводят меня из себя.
18. Воспитание моего сына (дочери) шло бы гораздо лучше, если бы мой муж (жена) не мешал(а) бы мне.
19. Большинство мужчин легкомысленнее, чем женщины.
20. Большинство женщин легкомысленнее, чем мужчины.
21. Мой сын (дочь) для меня самое главное в жизни.
22. Часто бывает, что я не знаю, что делает в данный момент мой сын (дочь).
23. Стараюсь купить своему сыну (дочери) такую одежду, какую он (она) сам(а) хочет, даже если она дорогая.
24. Мой сын (дочь) непонятлив(а). Легче самому два раза сделать, чем один раз объяснить ему (ей).
25. Моему сыну (дочери) нередко приходится (или приходилось раньше) присматривать за младшим братом (сестрой).

26. Нередко бывает так: напоминаю, напоминаю сыну (дочери) сделать что-нибудь, а потом плюну и сделаю сам(а).
27. Родители ни в коем случае не должны допускать, чтобы дети подмечали их слабости и недостатки.
28. Мой сын (дочь) сам(а) решает, с кем ему (ей) общаться.
29. Дети должны не только любить своих родителей, но и бояться их.
30. Я очень редко ругаю сына (дочь).
31. В нашей строгости к сыну (дочери) бывают большие колебания. Иногда мы очень строги, а иногда все разрешаем.
32. Мы с сыном понимаем друг друга лучше, чем мы с мужем.
33. Меня огорчает, что мой сын (дочь) слишком быстро становится взрослым.
34. Если ребенок упрямится, потому что плохо себя чувствует, лучше всего сделать так, как он хочет.
35. Мой ребенок рос слабым и болезненным.
36. Если бы у меня не было детей, я бы добился (добилась) в жизни гораздо большего.
37. У моего сына (дочери) есть слабости, которые не исправляются, хотя я упорно с ними борюсь.
38. Нередко бывает, что когда я наказываю моего сына (дочь), мой муж (жена) тут же начинает упрекать меня в излишней строгости и утешать его (ее).
39. Мужчины более склонны к супружеской измене, чем женщины.
40. Женщины более склонны к супружеской измене, чем мужчины.
41. Заботы о сыне (дочери) занимают большую часть моего времени.
42. Мне много раз приходилось пропускать родительские собрания.
43. Стараюсь купить ему (ей) все то, что он (она) хочет, даже если это стоит дорого.
44. Если подольше побыть в обществе моего сына (дочери), можно сильно устать.
45. Мне много раз приходилось поручать моему сыну (дочери) важные и трудные дела.
46. На моего сына (дочь) нельзя положиться в серьезном деле.
47. Главное, чему родители могут научить своих детей – это слушаться.
48. Мой сын (дочь) сам(а) решает, курить ему (ей) или нет.
49. Чем строже родители к ребенку, тем лучше для него.
50. По характеру я – мягкий человек.
51. Если моему сыну (дочери) что-то от меня нужно, он (она) старается выбрать момент, когда я в хорошем настроении.
52. Когда я думаю о том, что когда-нибудь мой сын (дочь) вырастет и я буду ему (ей) не нужна, у меня портится настроение.
53. Чем старше дети, тем труднее иметь с ними дело.
54. Чаще всего упрямство ребенка бывает вызвано тем, что родители не умеют к нему подойти.
55. Я постоянно переживаю за здоровье сына (дочери).
56. Если бы у меня не было детей, мое здоровье было бы гораздо лучше.
57. Некоторые очень важные недостатки моего сына (дочери) упорно не исчезают, несмотря на все меры.
58. Мой сын (дочь) недолюбливает моего мужа (жену).
59. Мужчина хуже умеет понимать чувства другого человека, чем женщина.
60. Женщина хуже может понять чувства другого человека, чем мужчина.
61. Ради моего сына (дочери) мне от многого в жизни пришлось отказаться.
62. Бывало, что я не узнавал(а) о замечании или двойке в дневнике потому, что не посмотрел(а) дневник.
63. Я трачу на моего сына (дочь) значительно больше денег, чем на себя.
64. Не люблю, когда сын (дочь) что-то просит. Сам(а) лучше знаю, чего ему (ей) больше надо.
65. У моего сына (дочери) более трудное детство, чем у большинства его (ее) товарищей.
66. Дома мой сын (дочь) делает только то, что ему (ей) хочется, а не то, что надо.

67. Дети должны уважать родителей больше, чем всех других людей.
68. Мой сын (дочь) сам(а) решает, на что ему (ей) тратить свои деньги.
69. Я строже отношусь к своему сыну (дочери), чем другие родители к своим.
70. От наказаний мало проку.
71. Члены нашей семьи неодинаково строги с сыном (дочерью). Одни балуют, другие, наоборот, очень суровы.
72. Мне бы хотелось, чтобы мой сын (дочь) не любил(а) никого, кроме меня.
73. Когда мой сын (дочь) был маленький, он (она) мне нравился больше, чем теперь.
74. Часто я не знаю, как правильно поступить с моим сыном (дочерью).
75. В связи с плохим здоровьем сына (дочери) нам приходилось в детстве многое позволять ему (ей).
76. Воспитание детей – тяжелый и неблагодарный труд. Им отдаешь все, а взамен не получаешь ничего.
77. С моим сыном (дочерью) мало помогает доброе слово. Единственное средство – это строгие постоянные наказания.
78. Мой муж (жена) старается настроить сына (дочь) против меня.
79. Мужчины чаще, чем женщины, действуют безрассудно, не обдумав последствий.
80. Женщины чаще, чем мужчины, действуют безрассудно, не обдумав последствий.
81. Я все время думаю о моем сыне (дочери), о его (ее) делах, здоровье и т. д.
82. Нередко мне приходится (или приходилось) подписываться в дневнике за несколько недель сразу.
83. Мой сын (дочь) умеет добиться от меня того, чего он хочет.
84. Мне больше нравятся тихие и спокойные дети.
85. Мой сын (дочь) много помогает мне (дома, на работе).
86. У моего сына (дочери) мало обязанностей по дому.
87. Даже если дети уверены, что родители не правы, они должны делать так, как говорят старшие.
88. Выходя из дома, мой сын (дочь) редко говорит, куда он (она) идет.
89. Бывают случаи, когда лучшее наказание – ремень.
90. Многие недостатки в поведении моего сына (дочери) прошли сами собой с возрастом.
91. Когда наш сын (дочь) что-то натворит, мы беремся за него (нее). Если все тихо, мы опять оставляем его (ее) в покое.
92. Если бы мой сын не был бы моим сыном, а я была бы моложе, то я наверняка в него влюбилась.
93. Мне интереснее говорить с маленькими детьми, чем с большими.
94. В недостатках моего сына (дочери) виновата) я сам(а), потому что не сумел(а) его (ее) воспитать.
95. Только благодаря нашим огромным усилиям сын (дочь) остался (осталась) жить.
96. Нередко завидую тем, кто живет без детей.
97. Если предоставить моему сыну (дочери) свободу, он (она) немедленно использует это во вред себе или окружающим.
98. Нередко бывает, что если я говорю сыну (дочери) одно, а муж (жена) специально говорит наоборот.
99. Мужчины чаще, чем женщины, думают только о себе.
100. Женщины чаще, чем мужчины, думают только о себе.
101. Я трачу на сына (дочь) больше сил и времени, чем на себя.
102. Я довольно мало знаю о делах сына (дочери).
103. Желание моего сына (дочери) для меня – закон.
104. Когда мой сын был маленьким, он очень любил спать со мной.
105. У моего сына (дочери) плохой желудок.
106. Родители нужны ребенку, лишь пока он не вырос. Потом он все реже вспоминает о них.

107. Ради сына (дочери) я пошел (пошла) бы на любую жертву.
108. Моему сыну (дочери) нужно уделять значительно больше времени, чем я могу.
109. Мой сын (дочь) умеет быть таким милым, что я ему (ей) все прощаю.
110. Мне бы хотелось, чтобы сын женился попозже, после 30 лет.
111. Руки и ноги моего сына (дочери) часто бывают очень холодными.
112. Большинство детей – маленькие эгоисты. Они совсем не думают о здоровье и чувствах своих родителей.
113. Если не отдавать моему сыну (дочери) все время и силы, то все может плохо кончиться.
114. Когда все благополучно, я меньше всего интересуюсь делами сына (дочери).
115. Мне очень трудно сказать своему ребенку «нет».
116. Меня огорчает, что мой сын (дочь) все менее нуждается во мне.
117. Здоровье моего сына (дочери) хуже, чем у большинства его (ее) сверстников.
118. Многие дети испытывают слишком мало благодарности по отношению к родителям.
119. Мой сын (дочь) не может обходиться без моей постоянной помощи.
120. Большую часть своего свободного времени сын (дочь) проводит вне дома.
121. У моего сына (дочери) очень много времени на развлечения.
122. Кроме моего сына, мне больше никто на свете не нужен.
123. У моего сына (дочери) прерывистый и беспокойный сон.
124. Нередко думаю, что слишком рано женился (вышла замуж).
125. Все, чему научился мой ребенок к настоящему моменту (в учебе, в работе или в чем-либо другом), он добился только благодаря моей постоянной помощи.
126. Делами сына (дочери) в основном занимается мой муж (жена).
127. Кончив уроки (или придя домой с работы), мой сын (дочь) занимается тем, что ему (ей) нравится.
128. Когда я вижу или представляю сына с девушкой, у меня портится настроение.
129. Мой сын (дочь) часто болеет.
130. Семья не помогает, а осложняет мою жизнь.

Экспресс-диагностика (скрининг) хронической алкогольной интоксикации у больных соматического профиля

Обычно я употребляю (подчеркните):

- до 100-200 гр. вина или пива за раз, не чаще нескольких раз в год;
- до 100 гр. спиртного в пересчете на водку за раз, не чаще нескольких раз в месяц;
- до 200 гр. спиртного в пересчете на водку за раз, не чаще 3-4 раз в месяц;
- до 250 гр. спиртного в пересчете на водку за раз, не чаще 2 раз в неделю;
- более 250 гр. спиртного в пересчете на водку за раз или чаще 2 раз в неделю

**1 бутылка пива ≈ 50 гр. водки, 200 мл вина ≈ 50 гр. водки*

- ✓ Возникало ли у Вас ощущение того, что Вам следует сократить употребление спиртных напитков? Да Нет
- ✓ Вы когда-нибудь чувствовали раздражение, если кто-либо критиковал Вас за излишнее употребление спиртных напитков? Да Нет
- ✓ Вы чувствовали свою вину или сожалели о поступках, которые совершали в состоянии алкогольного опьянения? Да Нет
- ✓ Вы когда-нибудь принимали алкоголь по утрам для улучшения самочувствия? Да Нет