

На правах рукописи

Банников Геннадий Сергеевич

**Клинико-психопатологическая модель
суицидального поведения в подростковом возрасте**

3.1.17. Психиатрия и наркология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Москва – 2024

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный консультант:

Портнова Анна Анатольевна – доктор медицинских наук

Официальные оппоненты:

Каледа Василий Глебович – доктор медицинских наук, профессор; Научный центр психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ) по развитию и инновационной деятельности, заместитель директора, руководитель отдела юношеской психиатрии;

Тимербулатов Ильгиз Фаритович – доктор медицинских наук, профессор; ГБУЗ МО ЦКПБ им. Ф.А. Усольцева, главный врач;

Чубаровский Владимир Владимирович – доктор медицинских наук; доцент, главный научный сотрудник федерального бюджетного учреждения науки «Федеральный научный центр гигиены им. Ф.Ф. Эрисмана» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное учреждение Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева

Защита состоится

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Автореферат разослан « » _____ 2024 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук

Гиленко Мария Владимировна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Самоубийство является четвертой по значимости причиной смерти среди лиц в возрасте 15–29 лет и третьей – у девушек 15–19 лет [ВОЗ, 2021]. Большинство смертей в результате самоубийства (77 %) происходит в странах с низким и средним уровнем дохода [ВОЗ, 2021]. Распространенность пассивных суицидальных мыслей у подростков с 13 до 17 лет может составлять 22,2 %, суицидальных намерений – 9,8 %, а частота суицидальных попыток подростков в возрасте от 13 до 20 лет может варьироваться от 6,7 % до 13–18 %, лишь в 20 % случаев после суицидальных попыток осуществляется госпитализация [Kokkevi A. et al., 2012, Mars V. et al., 2014, Orri M. et al., 2020]. Наличие суицидальных мыслей у подростков в 12 раз повышает риск суицидальной попытки к 30 годам [Reinherz H. Z. et al., 2006], более 1/3 подростков с суицидальными мыслями совершает суицид в течение 1–2 лет после их возникновения [Glenn C. R. et al., 2017].

Статистические данные о смертности несовершеннолетних от самоубийств за 2019–2023 годы по Российской Федерации показывают относительную устойчивость с ежегодными колебаниями вокруг средних значений: 2019 год – 372 (1,23¹), 2020 год – 311 (1,02), 2021 год – 375 (1,24), 2022 год – 289 (0,955), 2023 год – 371 (1,233) при высокой региональной неравномерности. Риск самоубийств тесно связан с психическими расстройствами [Амбрумова А. Г., Вроно Е. М., 1985, Положий Б. С., 2006; Bridge J. A. et al., 2006; Rhodes A. E. et al., 2014; Soole R. et al., 2015; Straub J. et al., 2015 и многие другие]. Можно выделить три уровня подхода к взаимосвязи клинико-психопатологических и суицидальных тенденций.

1. Нозологический подход связывает развитие суицидального поведения преимущественно с расстройствами тревожно-депрессивного спектра. Среди

¹ На 100 тыс. населения соответствующего возраста.

наиболее суицидогенных депрессий в подростковом возрасте выделяют тревожную, бредовую и деперсонализационную депрессию [Васильев В. В. и др., 2014]. От 50 % до 57 % подростков с биполярным расстройством высказывают суицидальные мысли, а 18 % сообщали о суицидальных попытках [Goldstein T. R. et al., 2012; Hauser M. et al., 2013]. Подростки с ПТСР имеют в 15 раз выше суицидальный риск, по сравнению с подростками без психических расстройств [Wilcox H. C. et al., 2009; Stevens D. et al., 2014]. По другим данным, риск развития суицидального поведения увеличивается на 23 % у подростков с ПТСР [Eskander N. et al., 2020]. Около 5 % подростков с впервые выявленной шизофренией совершают самоубийства [Palmer V. A. et al., 2005], от 2 % до 11 % совершают суицидальную попытку в первый год вмешательства [Addington J. et al., 2004]. Суицидальные попытки, связанные со злоупотреблением ПАВ, чаще развиваются на фоне расстройств личности группы В по DSM-IV TR [Bachmann S. et al., 2018; Gili M. et al., 2019]. Среди диагнозов, установленных при проведении посмертных КСППЭ несовершеннолетних, совершивших суицид, более чем в 50 % случаев доминировали психогенные расстройства и депрессивные расстройства разной степени выраженности, что составило 14,55 % случаев из всей когорты проанализированных случаев [Сыроковашина К.В. с соавторами, 2019].

2. *Симптоматический подход* ориентирован на поиски наиболее значимых в прогностическом отношении симптомов, вносящих наибольший вклад в развитие суицидального поведения, таких как: ангедония, самообвинения, раздражительность, социальная изоляция, дисморфофобия, заниженная самооценка, повышенная утомляемость, снижение успеваемости [Gijzen M. V. M. et al., 2021], чувство вины, постоянная тревога, нарушение сна [Meir P. et al., 2019], ангедония в сочетании с пониженным настроением и истощаемостью [Cai H. et al., 2023], эмоциональная нестабильность [Fumero A. et al., 2020], негативные автоматические мысли [Secundino-Guadarrama G. et al., 2021]. Важными предикторами краткосрочного суицидального риска являются панические атаки, агрессивность [Gould M. S. et al., 1998], диссоциативные

реакции [Vine V. et al., 2020]. Высокий суицидальный риск при развитии психотического состояния связан с наличием и выраженностью депрессии, ухудшением качества жизни [Pelizza L. et al., 2020]. Стабильность суицидальных мыслей, сложности их контроля, вне зависимости от тяжести депрессивного состояния [Oquendo M. A. et al., 2009], являются предикторами перехода к суицидальным действиям. Однако в некоторых исследованиях указывается на то, что 68 % подростков и молодых людей, пытавшихся покончить с жизнью, никогда ранее не имели суицидальных мыслей и суицидальных попыток [Castellví P., 2017].

3. Синдромологический подход. К суицидогенным симптомокомплексам И. В. Олейчик, Г. И. Копейко, П. А. Баранов (2013) относят: юношеский метафизический, дисморфофобический, деперсонализационный, юношеской астенической несостоятельности, психастенический. В. Г. Каледа с соавторами (2020) выделяют шесть основных типов суицидального поведения в юношеском возрасте: импульсивный, демонстративный, сверхценный, деперсонализационный, психотический, самоистязающий. Наибольшей суицидоопасностью при депрессии, по мнению Н. Н. Петровой, М. С. Задорожной (2013), отличаются симптомокомплексы: гебоидный и метафизической интоксикации. Ю. В. Попов, А. В. Бруг (2005) выделяли аддиктивный симптомокомплекс, характеризующийся «клишированным», стереотипным суицидальным паттерном в ответ на стрессовые ситуации. В настоящее время в зарубежной литературе исследования суицидоопасных состояний направлены на выделение транснозологического суицидального кризисного состояния [Cohen L. et al., 2018]. Описаны два острых суицидальных кризисных состояния: острое суицидальное аффективное расстройство (ASAD) [Rogers M. et al., 2019] и суицидальный кризисный синдром (СКК, SCS) [Yaseen Z. S. et al., 2012; 2014; Galynker I., 2017]. Психические расстройства могут существенно повышать риск суицида, но не всегда определяют его реализацию, поэтому так важно выявлять и учитывать суицидальную уязвимость, характер негативных событий и суицидальные переживания,

зачастую в большей степени определяющие риск суицида, чем наличие и выраженность клинической симптоматики.

К негативным стрессовым событиям, являющимся триггерами развития суицидальных переживаний, относятся: физическое и/или сексуальное насилие [Холмогорова А. Б., Воликова С. В., 2012; Rajalin M. et al., 2013; Злова Т. П., Пичиков А. А., 2015; Cha C. V. et al., 2018; Lanzillo E. C. et al., 2018; Jobes A. D. et al., 2019; Rufino K. A., Patriquin M. A., 2019], дисфункциональность отношений в семье [Mann, 2003; Холмогорова А. Б., Воликова С. В., 2012], родительский перфекционизм [Холмогорова А. Б., Воликова С. В., 2012], буллинг со стороны сверстников [Cha C. V. et al., 2018; Jobes A. D. et al., 2019], кибербуллинг [Hinduja S. et al., 2010; Bauman S. et al., 2013; Van Geel M. et al., 2014; Cha C.V. et al., 2018].

Негативные переживания (суицидальный нарратив) являются важной составляющей в развитии суицидального поведения. Одиночество, самообвинение, ненависть к себе, безысходность, социальная потерянности наиболее тесно связаны с мыслями о самоубийстве [Mullarkey M. C. et al., 2019; Gijzen M. V. M. et al., 2021]. Импульсивность [Verona E. et al., 2001; Холмогорова А. Б. и др., 2009], безнадежность ассоциируются с повышенным риском самоубийств в течение всей жизни [Young M. et al., 1996; Efstathiou V. et al., 2018; Wolfe K. L. et al., 2019; Vargas-Medrano J. et al., 2020]. Однако выделяемые клиничко-психологические, социальные факторы суицидального риска имеют ограниченную прогностическую ценность, поскольку дают мало информации о структурно-динамических процессах, приводящих к самоубийству, особенно с учетом подросткового возраста [Zalsman G., Hawton K., Wasserman D. et al., 2016].

Степень разработанности темы исследования

Современные концепции суицидального поведения: интерперсональная модель [Joiner T. E., 2005], когнитивная теория суицидального поведения

[Wenzel A., Beck A. T., 2008], интегративная модель суицидального поведения [Mann J. J., 1998], мотивационно-волевая модель [O'Connor R. C., 2011], концептуальная модель суицидального поведения [Положий Б. С., Панченко Е. А., 2015], эпигенетический подход к суицидальности [Розанов В. А., 2015] оказывают большое влияние на дальнейшее развитие объяснительных моделей суицидального поведения, позволяя приблизиться к пониманию необходимости изучения различий между «долгосрочными» и «краткосрочными» факторами риска.

В настоящее время адаптированы, с учетом особенностей подросткового возраста, модель суицидального поведения [Bridge J. A., Goldstein T. R., Brent D. A., 2006], интерперсональная модель [Joiner T. E., 2005], получившая свое развитие в ряде работ [Barzilay S. et al., 2015; Stewart S. M., Caelear A. L. et al., 2021; Caro-Cañizares I. et al., 2023], когнитивная теория суицидального поведения [Spirito A., Matthews J. D., Wenzel A., Beck A. T., 2008], мотивационно-волевая модель [O'Connor R. C., 2011].

Недостатком моделей является акцент на психологические характеристики и механизмы развития суицидальных мыслей при недостаточной возможности прогнозировать суицидальные действия [Batterham C. et al., 2016].

Проведенный анализ современного состояния проблемы развития суицидального поведения несовершеннолетних позволяет определить следующие требования, которым должна соответствовать современная модель:

1) базироваться на новейших теоретико-эмпирических данных и интегрировать достижения, полученные в рамках различных подходов к пониманию развития суицидального поведения;

2) выделять клинико-психопатологические, социально-психологические прогностически важные суицидальные маркеры;

3) раскрывать структурно-динамические аспекты суицидального поведения;

4) обладать прогностической и терапевтической ценностью.

Цель исследования

Целью исследования является разработка комплексной клинико-психопатологической модели суицидального поведения в подростковом возрасте с выделением предиктивных факторов риска суицида.

Задачи исследования

1. Проанализировать клинико-психопатологические, социально-психологические модели с выделением основных факторов риска, вносящих вклад в развитие суицидального поведения.

2. Разработать клинико-психопатологическую модель суицидального поведения с учетом статических клинико-психопатологических социально-психологических, биологических и структурно-динамических характеристик.

3. Осуществить на популяционной и клинической выборках эмпирическую верификацию клинико-психопатологической модели с учетом выделенных компонентов.

4. Выделить и описать прогностически неблагоприятные, вносящие наибольший вклад в развитие суицидального кризисного состояния, клинико-психопатологические, психологические и социально-демографические характеристики.

5. Выявить клинико-психопатологические и психологические структурно-динамические различия в зависимости от пресуицидального периода.

6. Определить структурно-динамические характеристики суицидального кризисного состояния в зависимости от доминирующего аффекта.

7. Усовершенствовать технологию раннего выявления клинико-психопатологических проявлений суицидального кризисного состояния с разработкой практических рекомендаций.

Научная новизна и теоретическая значимость

Впервые разработана оригинальная клинико-психопатологическая модель суицидального поведения в подростковом возрасте, в рамках которой выделены клинико-психопатологические, психологические характеристики и социально-демографические, биологические факторы риска. Полученные данные дополняют имеющееся в современной суицидологии представление о феноменологии суицидального поведения, расширяя существующие представления о механизмах его развития и формирования. Впервые рассмотрены клинико-психопатологические характеристики и механизмы развития суицидального поведения при коротком (аффективно-напряженном) и длительном (аффективно-редуцированном) пресуицидальных периодах в подростковом возрасте. Выделены и описаны клинические «портреты» подростков с суицидальными намерениями и суицидальными попытками. Показана роль ведущего аффекта как структурно-динамически образующего фактора в развитии и становлении клинико-психопатологических проявлений суицидального кризисного состояния. Теоретико-методологический и методический подходы, реализованные в настоящем исследовании, могут служить основой для разработки новой междисциплинарной области – клинической суицидологии подросткового возраста.

Практическая значимость работы

Полученные в ходе исследования данные о клинико-психопатологических, психологических маркерах и социально-демографических, биологических факторах риска развития суицидального поведения в подростковом возрасте могут быть использованы в практическом здравоохранении, других заинтересованных ведомствах при разработке комплексных программ профилактики суицидального поведения. Понимание структурно-динамических аспектов развития суицидального кризисного состояния, в зависимости от

длительности пресуицидального периода, ведущего аффекта, повысит эффективность профилактической, диагностической и лечебно-реабилитационной суицидологической помощи населению. Внедрение усовершенствованной технологии раннего выявления суицидального поведения с использованием новых методик в комплекс антикризисной профилактики позволит повысить ее эффективность, способствуя снижению частоты рецидивов и повторных суицидальных действий. Материалы диссертационного исследования могут быть использованы в научно-практической деятельности подразделений заинтересованных учреждений для обоснования дальнейших путей изучения суицидального поведения в подростковом возрасте.

Положения, выносимые на защиту

1. Клинико-психопатологическая модель суицидального поведения включает компоненты, отвечающие за статику и динамику суицидального состояния:

1.1. В статических компонентах модели выделяются и описываются прогностически неблагоприятные клинико-психопатологические, социально-психологические, биологические характеристики, вносящие наибольший вклад в развитие суицидального поведения;

1.2. В динамических компонентах модели рассматриваются особенности развития суицидального кризисного состояния в зависимости от длительности пресуицидального периода, ведущего аффекта (тревожный, тоскливый, дисфорический), негативных событий, являющихся триггером развития суицидального нарратива, а также суицидальной уязвимости, являющейся благоприятной почвой, способствующей запуску и поддержанию суицидального кризиса.

2. Степень выраженности суицидальных интенций, суицидальных действий ассоциирована, в первую очередь, с расстройствами аффективного

спектра, тяжестью клинико-психопатологических проявлений, длительностью течения, отсутствием своевременной медико-психологической помощи.

3. Клинико-психопатологические характеристики и механизмы развития суицидального поведения различаются в зависимости от времени пресуицидального периода (от появления суицидальных намерений до их реализации). При развитии короткого, аффективно-напряженного, пресуицидального кризисного периода наблюдаются преимущественно реактивные образования с симптомами тревожного спектра. При длительном, аффективно-редуцированном, пресуицидальном периоде наблюдаются симптомы, характерные для меланхолических депрессивных состояний с преобладанием тоскливого компонента.

4. Клинико-психопатологические и психологические особенности развития и формирования суицидального кризисного состояния, характер негативных событий, мотивы суицидальных действий, антисуицидальные факторы определяются ведущим аффектом – тревожным, тоскливым, дисфорическим.

5. Выделенные предрасположенности, клинико-психопатологические, психологические, стрессовые характеристики являются основой для выстраивания стратегий медико-психологического сопровождения.

6. Применение технологии раннего выявления признаков суицидального поведения с использованием современных методов диагностики, программ по обучению специалистов способствует комплексной профилактике суицидального поведения.

Внедрение результатов работы

Результаты работы внедрены в программы дополнительного профессионального образования ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, ФГАОУ ВО «МГППУ», Российской академии образования (РАО). Разработанный в рамках практического направления диссертационного

исследования чек-лист оценки суицидального риска внедрен в работу сектора сопровождения студентов ФГАОУ ВО «МГППУ», в работу ГБУЗ МО «Центральная клиническая психиатрическая больница им. Ф. А. Усольцева», в практическую деятельность специалистов Республиканского центра психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи ГБОУ «РЦО» Республики Бурятия.

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность научных положений и выводов обеспечивается репрезентативностью материала, адекватностью и комплексностью методов исследования (клинико-психопатологического, психодиагностического, математико-статистического), соответствующих поставленным цели и задачам.

Материалы диссертации доложены и обсуждены на конференциях:

– «Современные подходы к диагностике суицидального поведения» // Российская веб-конференция с международным участием при поддержке ВОЗ «Депрессия, суицидальное поведение и мониторинг актов самоповреждения в условиях распространения COVID-19» (09 сентября 2020 г.);

– «Ранняя диагностика и кризисная терапия подростков с суицидальным поведением» // Научно-практическая конференция, посвященная 100-летию Московского научно-исследовательского института психиатрии «Традиции и современность в психиатрии» (29–30 октября 2020 г.);

– «Современные методы диагностики суицидального поведения у несовершеннолетних» // Международная научно-практическая конференция «XXI век: современный взгляд на психическое здоровье» (г. Ташкент, Узбекистан, 23 июня 2021 г.);

– Suicidal Narrative and Suicidal Crisis in Adolescents: Symptoms Associated with High Suicide Risk in a Russian Sample // IASP 31st World Congress Gold Coast 2021;

- «Алгоритм раннего выявления обучающихся группы риска по суицидальному поведению» // III Конгресс «Психическое здоровье человека XXI века»: «Дети. Общество. Будущее» (г. Москва, 9–10 октября 2021 г.);
- «Современные методы диагностики суицидального поведения у несовершеннолетних» // XVII Съезд психиатров России «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств. На пути к интегративному лечению» (г. Санкт-Петербург, 15–18 мая 2021 г.);
- «Суицидальные интенции студентов в период пандемии COVID-19» // Актуальные вопросы суицидологии. XII Межрегиональная научно-практическая конференция (г. Иркутск, 27 мая 2022 г.);
- «Роль тревожного компонента кризисного состояния в развитии суицидальных мыслей у студентов МГППУ» // XI Всероссийская онлайн межвузовская научно-практическая конференция «Тревожные расстройства: современные подходы к диагностике, лечению и реабилитации» (г. Москва, 4-5 апреля 2023 г.);
- «Особенности кризисного состояния студентов, обращающихся за психологической помощью» // Подросток в мегаполисе: поиск вопросов и ответов. XVI международная научно-практическая конференция (г. Москва, 3 марта 2023 г.);
- «Клинико-психологическая модель суицидального поведения в подростковом возрасте» // XIII Всероссийская межвузовская научно-практическая онлайн конференция «Самоповреждение и самоубийство: современные подходы к диагностике, профилактике, лечению и реабилитации» (г. Москва, 25 мая 2023 г.);
- «Клинико-психопатологическая модель суицидального поведения в подростковом возрасте» // Всероссийский конгресс с международным участием «Психическое здоровье в меняющемся мире» (г. Санкт-Петербург, 23–24 мая 2024 г.);
- «О обновлении понятийно-терминологического глоссария, используемого в деятельности по профилактике детских суицидов» //

II Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Сухаревские чтения. Проблема патоморфоза в детской психиатрии» (г. Москва, 27–28 июня 2024 г.).

Результаты исследования опубликованы в 3 коллективных монографиях, в 34 научных работах, из них 20 статей – в изданиях, рекомендованных ВАК при Минобрнауки России, четырех методических рекомендациях.

Объем и структура работы

Диссертация изложена на 370 страницах текста и состоит из введения, шести глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и условных обозначений, списка литературы (505 источников, из них отечественных – 116, иностранных – 389), 3 приложений. В основном тексте диссертации содержатся 60 таблиц, 52 рисунка. В приложениях представлены «Базисная карта кризисного состояния», графики и таблицы.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Теоретико-методологические обоснования работы

В основе теоретического и методологического обоснования исследования положены: концепция социально-психологической дезадаптации А. Г. Амбрумовой, интегративная модель суицидального поведения (Б. С. Положий, Е. А. Панченко), работы Е. В. Макушкина, Ф. С. Сафуанова, комплексная нарративно-кризисная модель развития суицидального поведения (I. Galynker).

Участники исследования: 2525 лиц подросткового возраста (12–19 лет – по критериям ЮНФПА) популяционной и клинической выборки. *Критерии включения испытуемых в исследуемую выборку:* подростки 12–19 лет. *Критерии*

исключения: наличие тяжелых психических нарушений, приводящих к выраженному и устойчивому снижению в интеллектуальной и эмоционально-волевой сферах.

Характеристики популяционной выборки ($n = 2525$): мужского пола $n = 1284$ (51 %), женского $n = 1241$ (49 %), средний возраст составил $15,44 \pm 1,5$ лет.

Состав семьи: полная $n = 1778$ (70 %), неполная $n = 747$ (30 %). Воспитанием занимаются: оба родителя $n = 1560$ (62 %), преимущественно мать $n = 735$ (29 %), никто $n = 84$ (3 %), преимущественно бабушка/дедушка $n = 75$ (3 %), преимущественно отец $n = 71$ (3 %). Наличие стрессов в последние полгода: нет $n = 1342$ (53 %); да $n = 1183$ (47 %).

Характеристика клинической выборки: $n = 328$, из них 219 (67 %) подростков женского пола и 109 (33 %) мужского. 120 (37 %) относились к возрастной группе 10–14 лет и 208 (63 %) – к возрастной группе 15–19 лет. Средний возраст составил $16,7 \pm 1,12$ лет. Из них 55 % подростков с суицидальными тенденциями были выявлены в процессе скрининга популяционной выборки, 45 % самостоятельно обратились за помощью в Научно-практический центр профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних. Проходили стационарное лечение 106 (32 %), амбулаторно наблюдались 222 (68 %) подростка. Из 328 подростков у 60 (18 %) наблюдался субклинический уровень нарушений, который по МКБ-11 соответствовал критериям расстройства адаптации, у 86 (26 %) критериям расстройства адаптации по МКБ-10 (F43.2). У 93 (28 %) подростков были установлены расстройства депрессивного спектра (F30–F39), у 55 (17 %) – смешанные расстройства поведения и эмоций (F92). 17 (5,5 %) подростков соответствовали критериям эмоционально-неустойчивого расстройства личности (F60.3), 17 (5,5 %) – расстройствам шизофренического спектра (Рисунок 1).

Длительность заболевания распределялась относительно равномерно от менее месяца, как правило – на фоне психотравмирующих событий, до более

двух лет, характерных для расстройств депрессивного спектра (Рисунок 2). Оставшиеся 18 % подростков не соответствовали критериям психических расстройств по МКБ-10.

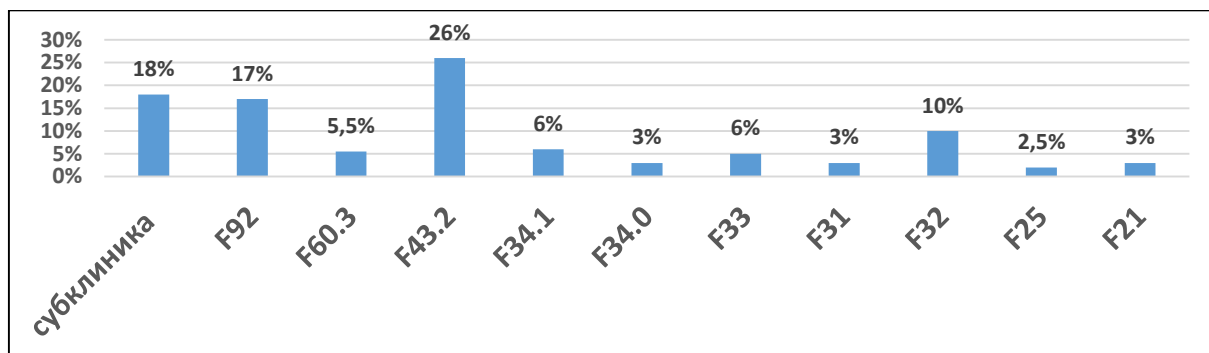


Рисунок 1 – Распределение по нозологическим формам

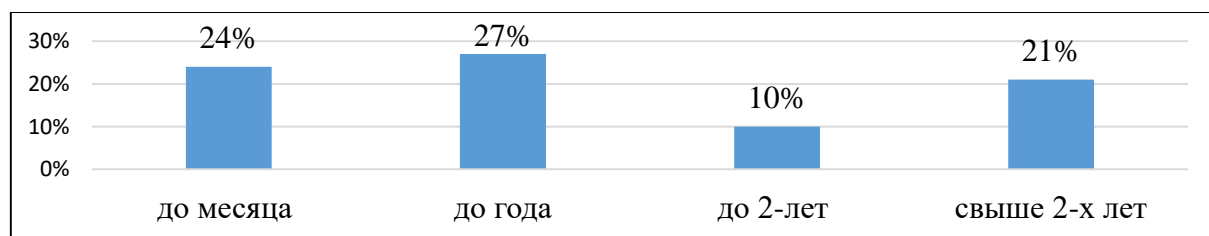


Рисунок 2 – Длительность заболевания

Отягощенная наследственность по психическому заболеванию определялась в 13 % наблюдений, из них: расстройствами аффективного спектра – в 4 %, злоупотреблением ПАВ – в 6 %, суицидальными попытками и законченными суицидами среди ближайших родственников, соответственно, в 2 % и 1 % случаев.

Показатели суицидальной активности в популяционной и клинической выборках

Антивитальные высказывания наблюдаются у 12 % подростков в популяционной выборке и в 23 % случаев в клинической выборке. *Самоповреждающее поведение* регистрировалось в 17 % наблюдений популяционной и в 48 % случаев клинической выборках. *Суицидальные мысли*: у 35 % подростков выявлялись пассивные суицидальные мысли, 29 %

подростков сообщали, что у них изредка «были мысли о самоубийстве», при уточнении высказываний переживания по своей феноменологии относились ближе к пассивным суицидальным интенциям с переходом в активные. Об устойчивых активных суицидальных интенциях сообщали 36 % подростков. *Суицидальные попытки* в анамнезе выявлялись в 15 % ($n = 49$) наблюдений, из них: однократные в 70 % ($n = 34$), многократные в 30 % ($n = 15$) случаев. *Госпитализаций* после суицидальных попыток не было в 86 % ($n = 42$), были в 14 % ($n = 7$) случаев. *Способы совершения* суицидальных действий (МКБ-10 преднамеренное самоповреждение): X78 – острым предметом (43 %); X60–X64 – самоотравление ПАВ (33 %); X70 – путем повешения (6 %); X81 – путем прыжка под движущийся объект (6 %); сочетание X78 и X60–X64 (12 %). *Пресуицидальный период* до суток (аффективно-напряженный) выявлялся в 49 % ($n = 24$), свыше суток (аффективно-редуцированный) – в 51 % ($n = 25$) наблюдений. *Основными мотивами* совершения суицидальных действий являлись: «призыв» в 27 % ($n = 13$), «избегание наказания» в 8 % ($n = 4$), «месть» в 20 % ($n = 10$), «самонаказание» в 31 % ($n = 15$) и «протест или желание доказать себе/другим» в 14 % ($n = 7$) случаев.

Этапы исследования

1-й этап. Анализ моделей суицидального поведения с выделением центральных компонентов, вносящих основной вклад в развитие. Построение гипотетической клинико-психопатологической модели суицидального поведения в подростковом возрасте на основе выделенных компонентов.

2-й этап. Эмпирическая верификация клинико-психопатологической модели с учетом выделенных компонентов.

2.1. Выявление клинических, социально-психологических характеристик подростков с антивитальными высказываниями и несуйцидальным самоповреждающим поведением в популяционной и клинической выборках. В

популяционной выборке вопросы касались только антивитаальных высказываний и причинения себе физического вреда.

2.2. Выявление клинико-психопатологических, биологических характеристик подростков с суицидальными намерениями и суицидальными попытками. В зависимости от представленности и выраженности суицидальных мыслей и суицидальных действий, полученных по данным анамнеза и опросников, были выделены три группы риска: «Пограничный», «Умеренный» и «Высокий» (Таблица 1).

Таблица 1 – Критерии выделения групп риска в зависимости от представленности и выраженности суицидальных мыслей и суицидальных действий

Группы/критерии	Антивитаальные высказывания, самоповреждающее поведение	Пассивные суицидальные мысли	Активные суицидальные мысли	Суицидальные попытки в анамнезе
«Пограничный»	-/+	-	-	-
«Умеренный»	-/+	+	-	-
«Высокий»	-/+	-	+	-/+

Примечание: -/+ – факультативный признак

2.3. Выявление клинико-психопатологических, биологических, психологических характеристик подростков в зависимости от соотношения суицидальных намерений и суицидальных попыток. Выделены три подгруппы:

- 1-я подгруппа – с суицидальными намерениями/планами;
- 2-я подгруппа – с суицидальными попытками в анамнезе;
- 3-я подгруппа – с суицидальными намерениями и суицидальными попытками.

2.4. Определение клинических и психологических различий в протекании аффективно-напряженного и аффективно-редуцированного пресуицидального периодов.

3-й этап. Усовершенствование технологии профилактики завершенных суицидов с использованием разработанной базисной карты кризисного состояния, шкалы оценки суицидального риска (Рисунок 3).



Рисунок 3 – Дизайн исследования

Методы исследования

Методы исследования:

- 1) клинико-психопатологический метод;
- 2) клинико-психологический метод;
- 3) клинико-статистический метод.

Методики скрининга (дистанционное популяционное исследование): шкала безнадежности (Hopelessness Scale, А. Beck), шкала одиночества (UCLA, версия 3, Д. Расселл, 1993), опросник склонности к агрессии Басса – Перри (BPAQ, А. Н. Buss, М. Р. Perry), индекс хорошего самочувствия (WHO-5, Well-Being Index, ВОЗ), многомерная шкала перфекционизма Фроста (Frost

Multidimensional Perfectionism Scale, FMPS), опросник личностных расстройств (PDQ-IV, нарциссическая, пограничная и депрессивная шкалы Reich J., 1987).

Методики, используемые при индивидуальном консультировании (подростки групп риска): базисная карта кризисного состояния подростка, разработанная в отделении суицидологии, включающая в себя блоки по социально-демографическим, психологическим характеристикам, шкалу оценки суицидального риска (ШОСР), а также блок данных по совершенным суицидальным действиям. *Шкалы:* клинико-психопатологическая карта (под редакцией проф. В. Н. Краснова), колумбийская шкала оценки тяжести суицида (C-SSRS – 6 пунктов скрининга), шкала депрессии Гамильтона (HDRS-21), русскоязычная версия шкалы синдрома суицидального кризиса (SCS-C) [Yaseen Z. S. et al., 2019], шкала «суицидальный нарратив» – SNI [Galynker I., 2017]. *Опросники:* Опросник депрессии для подростков (BDI-A), Опросник суицидального нарратива SNI [Cohen L. J. et al., 2019], Опросник суицидального кризиса (ОСК).

Переводы зарубежных опросников и шкал были выполнены с использованием процедуры, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) (World Health Organization).

Статистические методы обработки данных

1. Межгрупповые сравнения между независимыми группами для выделения значимых клинико-психопатологических, психологических различий были проведены при помощи дисперсионного анализа Краскела – Уоллиса.

2. Для определения прогностической ценности выделенных клинико-психопатологических, психологических феноменов, диагностической эффективности применяемых методов использован классификационный ROC-анализ (при AUC не менее 70 %) с расчетом индекса Юдена.

3. Для выбора статистического критерия проводилась проверка данных на нормальность распределения данных с помощью одновыборочного критерия Колмогорова – Смирнова.

4. Непараметрические методы: корреляционный анализ Спирмена, сравнение двух независимых групп с использованием статистики Колмогорова – Смирнова.

5. Сравнение частот бинарного признака проводилось при помощи критерия χ^2 .

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. СТАТИЧЕСКИЕ КОМПОНЕНТЫ МОДЕЛИ (КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ, БИОЛОГИЧЕСКИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ)

По результатам анализа моделей суицидального поведения были определены основные клинико-психопатологические, психологические характеристики, биологические, социально-демографические факторы риска, которые легли в основу выделения статических, динамически связанных компонентов:

- 1) суицидальной уязвимости;
- 2) негативных событий;
- 3) суицидального нарратива;
- 4) суицидального кризисного состояния.

1.1. Суицидальная уязвимость рассматривается как почва, на которой под воздействием стрессовых событий может развиваться суицидальное кризисное состояние. По сравнению с популяционной группой «Норма», во всех группах риска (популяционной и клинической выборки) статистически значимо увеличиваются следующие характеристики: неполная семья, отягощенная наследственность расстройствами аффективного спектра, безнадежность, одиночество, депрессия, агрессивность, антивитальные переживания, перфекционизм, нарциссический, эмоционально-нестабильный и депрессивный паттерны поведения.

1.2. Негативные стрессовые события, способствующие развитию суицидальных переживаний, статистически значимо увеличивались от группы «Норма» в популяционной выборке к группе подростков с самоповреждающим поведением с максимальными значениями в группе подростков с суицидальными намерениями и суицидальными действиями. Если негативные, стрессовые события в предыдущие 6 месяцев отмечали 39 % подростков группы «Норма», то в группе с самоповреждающим поведением – 69 %, а подростки с суицидальными мыслями и суицидальными действиями сообщали о негативных событиях в 85 % наблюдений. Среди стрессовых событий достоверно чаще в группе риска наблюдались смерть родных и близких, развод родителей, «неразрешимые неприятности в школе», ссоры с родителями, неразделенная любовь.

1.3. Суицидальный нарратив/переживания как провоцирующий, поддерживающий суицидальное кризисное состояние компонент модели. Для подростков, в силу возрастных особенностей, характерны: «постановка нереалистичных жизненных целей», «невозможность переключиться на более реалистичные жизненные цели». Появление субъективно неразрешимых ситуаций и сопровождающих их внутренних переживаний может восприниматься как нарратив «фрустрация права на счастье», «социальное и личное поражение». Если ситуация не разрешается, в состоянии развиваются новые нарративы/переживания в виде «восприятия себя как бремени для окружающих» и «восприятия себя без будущего» (безысходность, безвыходность), которые вносят наибольший вклад в развитие и формирование активных суицидальных интенций и суицидальных действий.

1.4. Суицидальное кризисное состояние, являясь отражением внутренних психических процессов, характеризуется сочетанием клинко-психопатологических, негативных психологических и суицидальных интенций. Внешним выражением суицидального кризиса могут быть различные формы несуйцидального и суицидального самоповреждающего поведения.

1.4.1. *Антивита́льные высказывания* слабо коррелируют (корреляции ниже 0,3) только с показателями опросников по безнадежности и одиночеству. Не выявлено корреляций с клинико-психопатологическими симптомами и феноменами суицидального нарратива, что представляется вполне закономерным, учитывая, что антивита́льные высказывания относятся к «особой, недифференцированной «почве» [Амбрумова А. Г., 1980], встречающейся большей частью в норме.

1.4.2. *Самоповреждающее поведение* – выявляются устойчивые корреляции (выше 0,3) с показателями всех психологических опросников. К клиническим симптомам и переживаниям с устойчивой корреляционной связью относятся: по шкале суицидального кризисного синдрома (СКС) – «эмоциональная боль», «руминация переживаний событий, приведших к душевной боли», «невозможность подавить отрицательные мысли», шкале оценки суицидального риска (ШОСР) – «интенсивная тревога», «безобъектный страх», «подавленность с витализацией». Не было выделено устойчивых корреляций с суицидальными мыслями, что может указывать на несуйцидальный характер самоповреждений.

Наибольшую прогностическую ценность и вклад в развитие несуйцидального самоповреждающего поведения внесли психологические феномены «безнадежность», «одиночество» и «эмоционально-нестабильный паттерн поведения» (Таблица 2).

Таблица 2 – Прогностическая сила симптомов классификатора с учетом оптимального порога отсечения

Переменная результата проверки	Область (AUC)	Чувствительность	Специфичность	Индекс Юдена
Безнадежность (6,5)	0,821	0,771	0,772	0,543
Одиночество (28,5)	0,815	0,76	0,734	0,494
Эмоционально-нестабильный паттерн поведения (69,5)	0,852	0,844	0,726	0,57

1.4.3. *Пассивные суицидальные мысли («умеренный риск»)* выявлялись в 47 % ($n = 154$) наблюдений клинической выборки. Достоверно чаще, по

сравнению с группой «Пограничный риск», встречались подростки из неполных семей, в 85 % случаев сообщающие о негативных стрессовых событиях в предыдущие полгода. Анализ клинических данных в группе подростков «Умеренный риск» показывает скачкообразный переход к клинически оформленным психическим нарушениям. Основной диагностируемой нозологической формой в 44,5 % ($n = 65$) являлось расстройство адаптации. По сравнению с группой подростков «Пограничный риск», значимо увеличиваются показатели по пунктам шкалы депрессии Гамильтона «пониженное настроение», «чувство вины», «суицидальные мысли», «поздняя бессонница», «работоспособность», «ажитация», «обсессивно-компульсивные реакции», «сумма баллов». По сравнению с группой «Пограничный риск», выявляется увеличение негативных психологических феноменов безнадежности, одиночества, враждебности и агрессивности, перфекционизма, нарциссического, эмоционально-нестабильного, депрессивного паттернов поведения. К группе «Умеренный риск» можно отнести подростков с *навязчивыми суицидальными мыслями* (5 %), клинико-психопатологическая структура кризисного состояния которых статистически не различается внутри группы. Отмечается частая взаимная динамика перехода от описаний мыслей о смерти как навязчивых образований к пассивным мыслям и наоборот.

1.4.4. В группе подростков с суицидальными намерениями и/или суицидальными попытками «Высокий риск» 31 % преобладали подростки возрастной группы 15–19 лет 76,5 % с расстройствами депрессивного спектра 53 % (F30–F39), доминирующим тоскливым аффектом и длительностью психического заболевания до двух и свыше двух лет. В группе «Высокий риск» были выделены три подгруппы: 1) суицидальные намерения/планы 52 % ($n = 53$); 2) суицидальные намерения и суицидальные попытки 22,5 % ($n = 23$); 3) суицидальные попытки 25,5 % ($n = 26$). Основанием для включения 3-й подгруппы в группу высокого риска являлись данные литературы о том, что попытка самоубийства, как и суицидальные намерения/планы, является одним из самых серьезных факторов риска завершеного самоубийства в

будущем [Вомуеа J., 2013; Куо W., 2014]. Однако в этой подгруппе не было выявлено значимых клинико-психопатологических, психологических различий, в сравнении с группой «Умеренный риск». Таким образом, наличие суицидальных попыток в анамнезе как самодостаточного критерия для включения в группу высокого риска может быть не всегда оправданным и требует дополнительного лонгитюдного исследования.

Различия в клинико-психопатологических «портретах» подростка с суицидальными намерениями и подростка с суицидальными намерениями и суицидальными попытками представлены в Таблице 3.

Таблица 3 – Сравнительный анализ клинико-психопатологических, психологических характеристик подростков группы высокого риска

Клинико-психопатологический «портрет» подростка с суицидальными намерениями	Клинико-психопатологический «портрет» подростка суицидальными намерениями и суицидальными действиями
<i>В эмоциональной сфере:</i> ведущий тоскливый аффект, <u>пониженное настроение</u> , выраженная безотчетная тревога, безобъектный страх, душевная боль, резкие изменения настроения, крайняя степень беспокойства, острая ангедония, хроническая ангедония, неспособность справиться с волнением, <u>болезненная психическая анестезия, деперсонализация-дереализация</u>	<i>В эмоциональной сфере:</i> <u>пониженное настроение</u> , подавленность с витализацией аффекта, <u>деперсонализация-дереализация, болезненная психическая анестезия</u>
<i>В соматической сфере:</i> поздняя бессонница, расстройство ЖКТ, <u>болезненные телесные сенсации</u>	<i>В соматической сфере:</i> соматические симптомы, <u>болезненные телесные сенсации</u> , снижение аппетита, нарушения всех фаз сна
<i>В когнитивной сфере:</i> руминация переживаний о событиях, приведших к душевной боли, <u>невозможность переключиться с негативных на позитивные переживания</u>	<i>В когнитивной сфере:</i> когнитивная ригидность, ипохондрия, <u>невозможность переключиться с негативных на позитивные переживания</u>
<i>В переживаниях:</i> социальное или личное унижение, <u>переживание себя как бремени для близких, восприятие мира, будущего нет</u>	<i>В переживаниях:</i> «ловушка», <u>переживание себя как бремени» и восприятие, что будущего нет</u>

В Таблице 3 подчеркнуты центральные/осевые структурообразующие симптомы, негативные переживания, выявляющиеся на начальных стадиях суицидогенеза и усиливающиеся на конечных ее стадиях – от несуйцидального самоповреждающего поведения к пассивным и активным суицидальным интенциям и суицидальным действиям.

Клинические симптомы, имеющие наибольшую прогностическую ценность и вносящие наибольший вклад в выделение группы высокого риска по клиническим шкалам, представлены в Таблице 4.

Таблица 4 – Прогностическая сила симптомов классификатора с учетом оптимального порога отсечения (клинико-психопатологические шкалы)

Переменные результата проверки	Область (AUC)	Чувствительность	Специфичность	Индекс Юдена
«Ловушка» (безысходность, безвыходность)	0,820	1,0	0,541	0,459
Интенсивная тревога, безобъектный страх	0,779	0,870	0,607	0,477
Подавленность с витализацией аффекта	0,873	0,826	0,682	0,508
Хроническая ангедония	0,845	0,783	0,787	0,57
Болезненная психическая анестезия	0,848	0,783	0,846	0,629
Болезненные телесные ощущения, сенесталгии, сенестопатии	0,827	0,783	0,849	0,632
Невозможность переключиться с негативных на позитивные переживания	0,878	0,957	0,649	0,606

Переживание «загнанности в угол», или «ловушки, западни», нахождение в ситуации, из которой не видно выхода, может являться одним из основных показателей прогностически неблагоприятного суицидального кризиса. «Интенсивную тревогу, безобъектный страх», имеющих глубинный, иррациональный характер, подростки описывали как «необъяснимую, внезапно накатывающую тревогу, ужас», «панику», часто сочетающуюся с подавленностью, острым чувством безрадостности. Болезненные телесные ощущения чаще наблюдались при меланхолических депрессиях на фоне выраженной хронической подавленности, угнетенности. Проявления *хронической ангедонии* наблюдались чаще при ведущем тоскливом аффекте и сопровождались негативным восприятием себя, окружающего мира. Другим симптомом, отвечающим за риск развития суицидального поведения, является *болезненная психическая анестезия*, которая описывалась подростками как «мучительное чувство утраты чувств», в первую очередь по отношению к родным и близким, «я стал как робот», «мне плохо, что не чувствую эмоций ни своих, ни чужих». Подростки при описании таких состояний говорили о глубоком чувстве внутренней боли, невозможности эмоционального включения в жизнь и чувстве вины за это.

Клинические симптомы, имеющие наибольшую прогностическую ценность и вносящие наибольший вклад в выделение группы высокого риска по клиническим опросникам: по симптоматическому опроснику SCL-90 – «тревога», опроснику суицидального кризиса (ОСК) – «западня/ловушка», отражающая высокую степень отчаяния, жизненного тупика, «эмоциональная боль», «руминативное затопление», характеризующееся наплывом трудно контролируемых мыслей, «невозможность подавить отрицательные эмоции», «ажитация». «Руминативное затопления», характеризующиеся глубоким погружением в отрицательные переживания с выраженным ухудшением способности перерабатывать информацию или принимать решения, наблюдались на фоне выраженной тревоги, резких смен настроения, соматовегетативных нарушений.

Ажитация проявлялась в жалобах на неусидчивость, напряжение, «трудности усидеть на одном месте», «взбудораженность» (Таблица 5).

Таблица 5 – Прогностическая сила симптомов классификатора с учетом оптимального порога отсечения (ОСК)

Переменные результата проверки	Область (AUC)	Чувствительность	Специфичность	Индекс Юдена
Западня, ловушка	0,845	0,929	0,684	0,724
Эмоциональное страдание, боль	0,816	0,929	0,667	0,929
Руминативное затопление	0,787	0,929	0,556	0,75
Ажитация	0,770	0,786	0,705	0,491

Психологические феномены (суицидальный нарратив), имеющие наибольшую прогностическую ценность в выделении группы высокого риска: по шкале суицидального нарратива – «переживание себя как бремени», «нарушенная принадлежность», «восприятие, что будущего нет», представлены в Таблице 6.

По опроснику суицидального нарратива (ОСН): «социальное поражение», «переживание себя как бремени», «западня/обреченность», «нарушенная принадлежность» получены сходные данные (Таблица 7).

Таблица 6 – Прогностическая сила симптомов классификатора по шкале суицидального нарратива

Переменные результата проверки	Область (AUC)	Чувствительность	Специфичность	Индекс Юдена
Переживание себя как бремени	0,816	0,826	0,816	0,642
Нарушенная принадлежность	0,816	0,652	0,866	0,518
Восприятие, что будущего нет	0,845	0,783	0,82	0,603

Таблица 7 – Результаты классификации по проявлениям суицидального нарратива (ОСН)

Переменные результата проверки	Область (AUC)	Чувствительность	Специфичность	Индекс Юдена
Переживание себя как бремени	0,838	0,786	0,755	0,541
Социальный проигрыш	0,801	0,714	0,794	0,508
Захват/обреченность	0,808	0,571	0,91	0,448

«Восприятие себя как бремени» для других является предиктором суицидальных мыслей, вне зависимости от выраженности психического расстройства. «Социальное поражение» характеризуется высказываниями подростков о том, что они «потеряли свою уверенность», «выбиты из привычной колеи», «сдались и не могут больше бороться», ощущая себя в безнадежном положении. «Нарушенная принадлежность» (социальная потерянности) – переживание своей непринадлежности изначально важным для подростка социальным группам (семье, школьному, спортивному коллективу). Мучительное одиночество при невозможности определить «с кем я?» и «кто я теперь?» (феномен потери социальной идентичности). Переживания безысходности, жизненного тупика, при которых подростки говорят, что чувствуют «себя в ловушке своих несчастий», «с закрытой дверью», только усиливают суицидальный кризис.

2. СТРУКТУРНО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО КРИЗИСНОГО СОСТОЯНИЯ

2.1. Клинико-психопатологические характеристики и механизмы развития аффективно-напряженного и аффективно-редуцированного пресуицида

Всего с суицидальными попытками наблюдались 49 подростков (муж. – 10,

жен. –39) из них у 24 (49 %) выявлялся короткий, в течение суток, аффективно-напряженный (А. Г. Амбрумова) и у 25 (51 %) длительный аффективно-редуцированный пресуицидальный период (Таблица 8).

Таблица 8 – Сравнительный анализ клинико-психопатологических, психологических характеристик пресуицидальных периодов

Латентный период	Короткий – до суток, 49 %	Длительный – свыше суток, 51 %
Симптомы	<i>В эмоциональной сфере:</i> резкие изменения в настроении ($p > 0,001$), ситуационная тревога ($p < 0,025$), экстрапунитивная эмоциональная неустойчивость ($p < 0,05$), простые фобии ($p < 0,001$), деперсонализация-дереализация ($p < 0,001$), интенсивная тревога, безобъектный страх ($p < 0,025$), эмоциональная лабильность, импульсивность ($p > 0,001$), болезненные телесные сенсации ($p < 0,05$) <i>В соматической сфере:</i> болезненные телесные сенсации ($p < 0,05$). <i>В когнитивной сфере:</i> когнитивная перегрузка ($p > 0,001$), «фиксация на событиях, приведших к кризисному состоянию» ($p < 0,005$), <i>в поведенческой сфере:</i> ажитация ($p > 0,001$)	<i>В эмоциональной сфере:</i> беспредметная тоска ($p < 0,025$), «свободноплавающая» тревога ($p > 0,005$), чувство вины ($p < 0,001$), болезненная психическая анестезия ($p < 0,025$), переживание «себя как бремени». <i>В когнитивной сфере:</i> фиксация на событиях, приведших к кризисному состоянию, когнитивная ригидность ($p > 0,05$), <i>в поведенческой сфере:</i> снижение работоспособности ($p > 0,025$)

Вопреки описанию в литературе преобладания аффективного/импульсивного пресуицидального периода в подростковом возрасте, в исследовании были получены данные о равном соотношении аффективно-редуцированного и аффективно-напряженного пресуицидальных периодов.

2.2. Структурно-динамические характеристики суицидального кризисного состояния в зависимости от ведущего аффекта

Согласно концепции О. П. Вертоградовой и соавторов (1980), ведущий аффект является структурообразующим фактором, определяющим симптоматические и динамические характеристики депрессивного состояния. Суицидальное кризисное состояние также может быть рассмотрено как сложное по своей структуре эмоциональное состояние, при котором выделение ведущего аффекта связано с необходимостью углубленного понимания особенностей

развития и формирования синдрома генеза суицидального кризисного состояния. В исследовании были выделены три ведущих аффекта: тревожный, тоскливый и дисфорический.

2.2.1. В группе подростков с ведущим тоскливым аффектом значительно чаще наблюдаются депрессивные расстройства (F30–F39) с преобладающим депрессивным/меланхолическим синдромом. Пресуицидальный период у этой группы характеризуется длительностью с аффективными реакциями по типу аккумуляции [Полякова И. В., 1983]. Чаще регистрируются устойчивые суицидальные намерения, неоднократные суицидальные попытки в анамнезе с отказом от обращения к врачам-психиатрам (Таблица 9).

Таблица 9 – Клинико-психопатологический «портрет» подростка с ведущим тоскливым аффектом

Ситуация	Несправедливости, потери/разрыва значимых отношений, утрата смысла жизни
Мотив	Самонаказание через актуализацию чувства вины; «доказать себе»; протест против несправедливости
<i>Кризисное состояние</i>	
Эмоциональная сфера	Беспредметная тоска, тревога свободноплавающая, сниженное настроение, хроническая ангедония, болезненная психическая анестезия, эмоциональное страдание
Когнитивная сфера	Идеаторно-моторная заторможенность, невозможность переключиться с негативных на позитивные переживания, обсессивно-компульсивные нарушения, руминации переживаний о событиях, приведших к душевной боли, невозможность подавить отрицательные мысли, когнитивная ригидность
Соматическая сфера	Снижение аппетита, депрессивные суточные колебания настроения, нарушения сна
Поведение	Частые акты самоповреждения за прошедшие две недели, социальное отчуждение
Нарратив/переживания	Идеи малоценности, вины, суицидальные мысли, ипохондрия, самообвинения, «ловушка»/обреченность, «социальный проигрыш», переживание «себя как бремени», «сорванная» социальная принадлежность»
Суицидальные мысли	Чаще скрываются от других
Пресуицидальный период	Длительный (от нескольких недель до года и больше)
Антисуицидальный фактор	Страх нанести вред ближнему

Суицидальное поведение развивается на фоне переживания несправедливости, невозможности что-либо сделать, нарастающего психического истощения с постепенным присоединением депрессивных

симптомов, переживания безысходности, ощущения себя как бремени для окружающих.

Наиболее специфичными симптомами являются суицидальные мысли и болезненная психическая анестезия (Таблица 10).

Таблица 10 – Прогностическая сила клинических симптомов при ведущем тоскливом аффекте

Переменные результата проверки	Область (AUC)	Чувствительность	Специфичность	Индекс Юдена
Чувство вины	0,842	0,583	0,93	0,513
Суицидальные мысли	0,815	0,7	0,915	0,615
«Ловушка», западня	0,814	0,917	0,606	0,523
Полное нарушение сна	0,831	0,8	0,831	0,631
Хроническая ангедония	0,839	0,683	0,845	0,523
Болезненная психическая анестезия	0,799	0,65	0,915	0,565
Невозможность переключиться с негативных на позитивные переживания	0,808	0,817	0,648	0,465

2.2.2. В группе подростков с *ведущим тревожным аффектом* преобладали диагнозы смешанное расстройство поведения и эмоций неуточненное (F92) и шизоаффективное расстройство (F25) с преобладающей тревожно-депрессивной симптоматикой с психотическими симптомами (Таблица 11).

Таблица 11 – Клинико-психопатологический «портрет» подростка с ведущим тревожным аффектом

Ситуация	Наказания, отвержения, критики, пренебрежения, все вышеперечисленное как страх потери любви
Мотив	Избегание наказания, призыв о помощи
<i>Кризисное состояние</i>	
Эмоциональная сфера	Крайняя степень беспокойства, ситуационная тревога, эмоциональная экстрапунитивная неустойчивость, импульсивность, психическая тревога, деперсонализация-дереализация, невротическая вина
Когнитивная сфера	Снижение когнитивно-мнестических функций, фиксация на переживаниях, событиях, приведших к кризису, когнитивная перегрузка
Соматическая сфера	Ранняя бессонница, раннее пробуждение, снижение физического тонуса, истощаемость, пробуждение в течение ночи
Поведение	Ажитация
Нарратив	Не специфичен
Суицидальные мысли	Не скрывают, чаще носят пассивный характер
Пресуицидальный период	От нескольких недель до месяцев
Антисуицидальный фактор	Страх перед болью, неизвестностью

Механизм развития суицидального поведения. При длительной психоэмоциональной нагрузке, потере социальной поддержки, нарастающих проявлениях астении, тревожной беспомощности с невротической виной, на высоте аффекта при крайней степени беспокойства с проявлениями когнитивной перегрузки развивается деперсонализация-дереализация с необходимостью ее разрядки.

Для кризисного состояния наиболее специфичны симптомы эмоциональной лабильности/импульсивности и болезненных телесных ощущений (Таблица 12).

Таблица 12 – Прогностическая сила симптомов при ведущем тревожном аффекте

Переменные результата проверки	Область (AUC)	Чувствительность	Специфичность	Индекс Юдена
«Ловушка»	0,798	0,9	0,544	0,444
Эмоциональная боль	0,808	0,95	0,667	0,617
Когнитивная перегрузка	0,758	0,95	0,667	0,567
Полное нарушение сна	0,798	0,9	0,567	0,517
Социальное отчуждение	0,888	0,85	0,733	0,583
Снижение социальной активности	0,783	1	0,7	0,7
Эмоциональная лабильность, импульсивность	0,779	0,5	0,991	0,411
Деперсонализация-дереализация	0,783	0,7	0,833	0,533
Болезненные телесные ощущения	0,778	0,5	0,956	0,556

2.2.3. Группа подростков с ведущим *дисфорическим аффектом* выделялась только по параметру эмоционально-неустойчивого расстройства личности (Таблица 13).

Механизм развития суицидального поведения. Преморбидная уязвимость проявляется в склонности к построению нереалистичных жизненных целей с ожиданиями от мира получения желаемого (фрустрация права на счастье) и неспособности переключиться на более реалистичные цели. При нереализации своих желаний, воспринимаемой как личное или социальное унижение, развивается кризисное состояние с преобладанием раздражения, обвинения окружающих с быстро нарастающими обидой, гневом с демонстративными, манипулятивными суицидальными проявлениями (Таблица 14).

Таблица 13 – Клинико-психопатологический «портрет» подростка с ведущим дисфорическим аффектом

Ситуация	Утрата своей исключительности, невозможность достичь цели
Мотив	Удовлетворение потребности в реализации своей цели через навязывание своей значимости
<i>Кризисное состояние</i>	
Эмоциональная сфера	Враждебность, раздражительность, интенсивная тревога, безобъектный страх, резкие смены настроения, сверхнастороженность
Когнитивная сфера	Не специфичны, на уровне тенденций, «жесткость целей»
Соматическая сфера	Общесоматические симптомы
Поведение	Демонстративность, постоянное декларирование суицидальных намерений
Суицидальные мысли	Активно высказываются, преимущественно сверхценного уровня
Нарратив	Фрустрация права на счастье, личное или социальное унижение
Пресуицидальный период	Короткий, от суток до недели
Антисуицидальный фактор	Страх смерти, несуществования

Таблица 14 – Прогностическая сила клинических симптомов и негативных психологических феноменов в группе с ведущим дисфорическим аффектом

Переменные результата проверки	Область (AUC)	Чувствительность	Специфичность	Индекс Юдена
Интенсивная тревога немотивированный страх	0,867	0,905	0,727	0,632
Отчаяние, подавленность	0,855	0,952	0,697	0,649
Фиксация переживаний на кризисном состоянии	0,863	0,81	0,864	0,674
Фрустрация права на счастье	0,852	0,857	0,818	0,675
Личное или социальное унижение	0,823	0,81	0,727	0,537

2.3. Траектории развития психических нарушений и суицидальные тенденции

В зависимости от ведущего в структуре кризисного состояния в психопатологическом синдромокомплексе были выделены 5 вариантов траекторий развития психического расстройства: психопатоподобная 19 % ($n = 63$), меланхолическая 17 % ($n = 56$), тревожно-депрессивная (невротическая) 9 % ($n = 28$), стрессовая 53,5 % ($n = 176$), психотическая 1,5 % ($n = 5$).

Стрессовая траектория развития суицидального поведения определялась преимущественно астеническим, тревожным синдромокомплексом, развивающимся на фоне острых или хронических негативных событий. Ведущее место преимущественно занимают когнитивно-мнестические и поведенческие нарушения. Значимо преобладали пассивные

суицидальные мысли и импульсивные формы несуицидального и суицидального самоповреждающего поведения. Среди нозологических форм преобладают стрессовые расстройства по МКБ-10 и МКБ-11 (F43).

Тревожно-депрессивная (невротическая) траектория развития наблюдалась на фоне неразрешающихся негативных событий. К астенической симптоматике присоединялись устойчивое снижение настроения, ангедония, нарушение сна, аппетита. Пассивные суицидальные мысли развивались медленно, так же как и несуицидальное самоповреждающее поведение. Суицидальные попытки в анамнезе были достаточно редки. Среди нозологических форм выделяются расстройство адаптации с длительными тревожно-депрессивными реакциями (F43.2), дистимия (F34.1), циклотимия (F34.0).

Психопатоподобная траектория развития характеризовалась различными формами нарушений поведения, эмоциональной нестабильностью, конфликтностью, тревожно-дисфорическими реакциями, соматоформными, конверсионными нарушениями, демонстративно-шантажными суицидальными тенденциями. Значимо чаще устанавливались диагнозы: расстройство эмоций и поведения (F92), пограничное расстройство личности (F60.31), шизотипическое расстройство (F21). Пассивные и активные суицидальные интенции часто носили хронический, «рациональный» характер, не связанный с выраженностью психопатологической симптоматики.

Меланхолическая траектория развития характеризовалась расстройствами депрессивного спектра (F32), (F31), (F33), как правило длительно текущими и первично выявляемыми. В группе с рекуррентным течением депрессивного расстройства наблюдалось наибольшее количество суицидальных попыток на фоне значимых конфликтов и ухудшения психического состояния.

Для психотической траектории характерны сочетания смешанной депрессивной, тревожно-фобической и галлюцинаторно-бредовой симптоматики (F25). Суицидальное поведение чаще наблюдалось в первом психотическом эпизоде на догоспитальном этапе (Таблица 14).

Таблица 14 – Соотношение траекторий психопатологического развития с нозологическими формами

Траектории/диагноз	F92	F30–F39	F21	F40	F60	F25	Расстройство адаптации (МКБ-11)	F43.2	Всего
Стрессовая	27	0	3	1	2	0	60	83	176
Психопатоподобная	28	11	6	0	15	0	0	3	63
Психотическая	0	0	0	0	0	5	0	0	5
Меланхолическая	1	55	0	0	0	0	0	0	56
Тревожно-Депрессивная	0	28	0	0	0	0	0	0	28
Все группы	56	94	9	1	17	5	60	86	328

Короткий (аффективно-напряженный) пресуицидальный период достоверно чаще наблюдался в группе с ведущим дисфорическим аффектом, а длительный аффективно-редуцированный с доминирующим тоскливым аффектом. Для ведущего дисфорического аффекта характерна «психопатическая», для тревожного аффекта – тревожно-депрессивная и для группы подростков с ведущим тоскливым аффектом – меланхолическая траектория развития психического расстройства. Структурно-динамические клиничко-психопатологические взаимосвязи суицидального кризисного состояния отражены на Рисунке 4.



Рисунок 4 – Динамика суицидального кризисного состояния в зависимости от доминирующего аффекта

Выделенные траектории психопатологического развития психического расстройства в рамках структурно-динамического подхода улучшают возможности прогнозирования развития суицидального кризисного состояния.

3. КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ (КМСП) В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Выделенные и эмпирически подтвержденные компоненты, структурно-динамические, клинико-психопатологические, психологические характеристики, имеющие важный прогностический характер, легли в основу построения целостной клинико-психопатологической модели суицидального поведения в подростковом возрасте, отражены на Рисунке 5.

КМСП представляет собой многоступенчатую модель диатеза-стресса суицидального поведения, основанную на выделении статических и структурно-динамических компонентов, которую объединяет эмпирически подтвержденное деление на пограничные, умеренные и высокие группы риска.

К статическим компонентам (КМСП) относятся: 1) суицидальная уязвимость, 2) негативные жизненные события, 3) суицидальные переживания/нарратив и 4) суицидальное кризисное состояние. Суицидальная уязвимость включает в себя семейное неблагополучие, детские травмы, наличие соматических заболеваний, физических травм, акцентуации личности с эмоционально-нестабильным, нарциссическим паттерном реагирования, пессимизм, безнадежность, сложности в межличностных отношениях, одиночество, перфекционизм, агрессивность, враждебность. К наиболее прогностически значимым факторам краткосрочного суицидального риска относятся наличие в анамнезе психических заболеваний, суицидальных попыток. К центральным статическим компонентам КМСП относятся прогностически неблагоприятные клинико-психопатологические симптомы и негативные психологические феномены (суицидальные маркеры), образующие ядро суицидального кризисного состояния, являющегося производным результатом динамики суицидального кризиса.

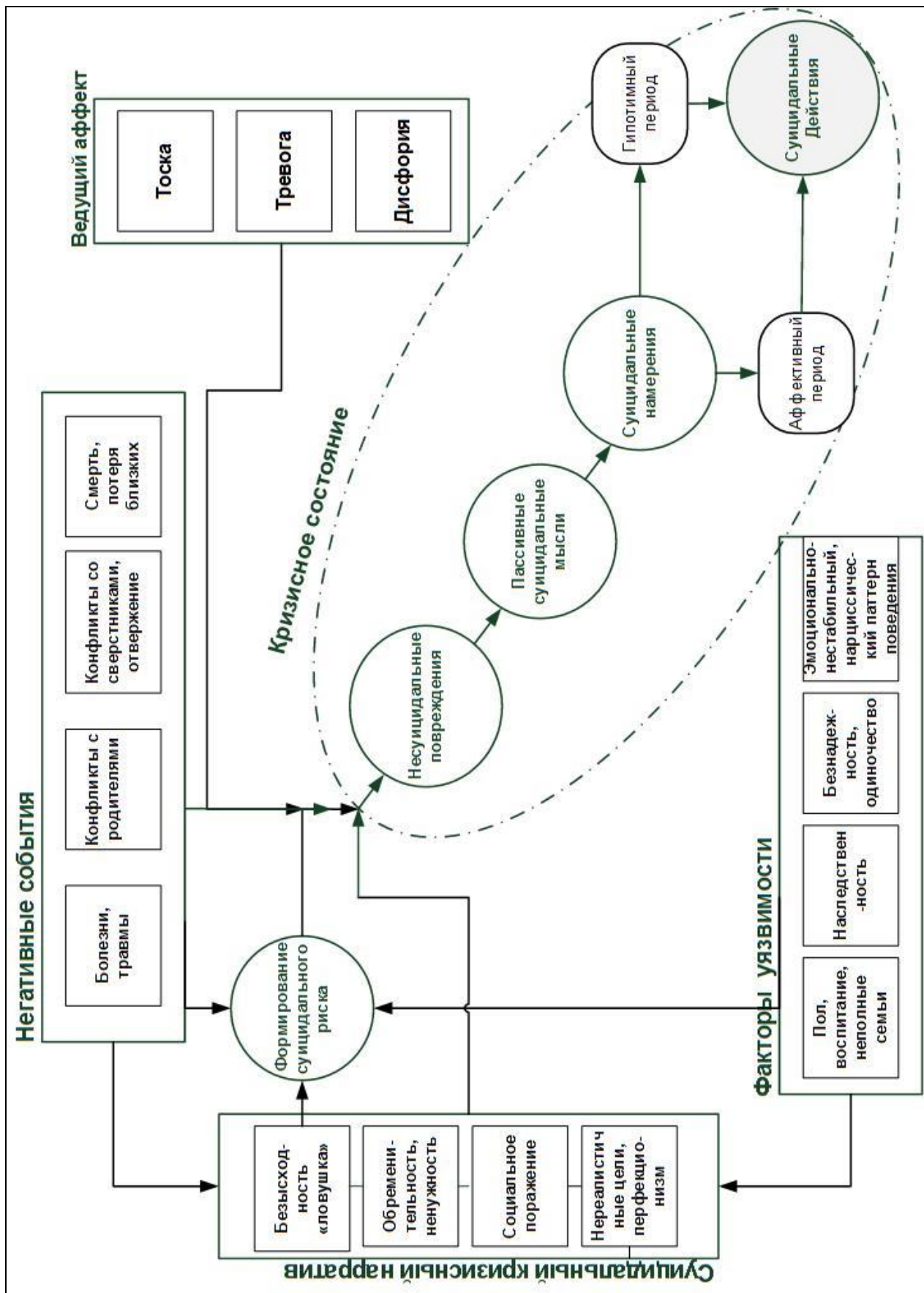


Рисунок 5 – Клинико-психопатологическая модель суицидального поведения в подростковом возрасте

Модель постулирует, что высокий суицидальный риск в первую очередь определяется наличием специфических клинико-психопатологических симптомокомплексов, а суицидальный нарратив вносит свой независимый вклад в развитие и поддержание остроты суицидального кризиса.

КМСП включает в себя структурно-динамические клинико-психопатологические, психологические характеристики суицидального кризисного состояния в зависимости от времени пресуицидального периода, ведущего аффекта (тревога, тоска, дисфория). Описание «портретов» и механизмов развития суицидальных тенденций у подростков в зависимости от ведущего аффекта дает возможность индивидуального подбора и реализации профилактических мероприятий на всех этапах становления суицидального кризисного состояния.

Таким образом, согласно КМСП, высокий суицидальный риск, в конечном итоге, определяется наличием и интенсивностью всех четырех компонентов: суицидальной предрасположенностью (1), негативными событиями (2), запускающими суицидальный нарратив (3), который является предпосылкой развития суицидального кризисного состояния (4). КМСП в подростковом возрасте обеспечивает концептуальную основу для оценки суицидального риска на основе выделения статистических, прогностически «опасных» клинико-психологических, социально-демографических и структурно-динамических характеристик. Взаимодействие этих факторов критически влияет на развитие психических процессов, ведущих к самоубийству. Однако даже при наличии всех прогностически неблагоприятных статических и динамических характеристик модели, предсказывающих краткосрочный суицидальный риск, сохраняется только степень вероятности, а истинную причину самоубийства мы можем так и не узнать [Макушкин Е. В. и др., 2017; Сафуанов Ф. С., 2021].

4. ТЕХНОЛОГИЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Модель дает возможности для вмешательства на всех стадиях

суицидального процесса, от профилактической работы с выявленными негативными социально-психологическими феноменами базовой уязвимости к медико-психотерапевтическому вмешательству на остро́те суицидальных кризисов.

Технология направлена на решение следующих проблем: просвещение различных возрастных и социально-профессиональных групп населения в отношении факторов риска возникновения суицидального поведения, преодоления психологического барьера перед обращением за психиатрической помощью; выявление и оказание первичной психологической помощи подросткам с уязвимостью к развитию суицидального поведения; повышение качества профилактической работы с обучающимися с признаками суицидального поведения. Технология включает в себя нижеприведенные этапы.

1-й этап. Обучение специалистов (на базах Центра им. В. П. Сербского, МГППУ разработаны 18 и 24 программы повышения квалификации, обучающие вебинары). Налаживание системы профилактики суицидального поведения у подростков в образовательной организации предполагает формирование компетенций медицинских, педагогических работников, психологов по распознаванию признаков суицидального риска обучающихся. На уровне первичной профилактики проводилось повышение компетентности педагогических работников (классных руководителей, педагогов-психологов) в области распознавания признаков суицидального и самоповреждающего поведения, основных (первичных) методов работы с данными явлениями.

2-й этап. Проведение фронтального тестирования (скрининг), направленного на выявление факторов/характеристик уязвимости к развитию суицидального поведения с выделением групп риска. Данные обрабатываются автоматически с выделением предположительной группы риска. Скрининг апробирован в образовательных организациях г. Москвы и в настоящее время осуществляется в секторе сопровождения студентов МГППУ. После выделения группы риска дополнительно заполняется диагностический пакет методик,

направленных на выявление клинико-психологических предикторов суицидального поведения.

3-й этап. Индивидуальное обследование с целью определения содержания помощи и необходимости обращения к профильным специалистам. При подтверждении суицидального риска и рекомендации посещения врача-психиатра данные методик поступают в его распоряжение для предварительного ознакомления с состоянием.

4-й этап. Обследование врачом-психиатром с целью определения стратегии медико-психологического сопровождения. Врач-психиатр заполняет Базисную карту кризисного состояния подростка (с возможностью ее заполнения на бумажном и дистанционном, электронном носителе).

5-й этап. Контроль результатов (методическое сопровождение, супервизия, динамическое наблюдение, осуществляемые совместно психологами образовательной организации и психиатрами отделения суицидологии).

ВЫВОДЫ

1. Впервые разработанная и эмпирически доказанная комплексная, соответствующая биопсихосоциальной парадигме клинико-психопатологическая модель суицидального поведения, включающая статические и динамические компоненты суицидального состояния, позволяет выделять предиктивные характеристики суицидального риска.

2. Статические компоненты модели (суицидальная уязвимость, негативные жизненные события, суицидальный нарратив и суицидальное кризисное состояние), включающие в себя прогностически неблагоприятные клинические, социально-психологические характеристики, способствуют выстраиванию многоуровневой системы суицидального риска («пограничный», «умеренный», «высокий»):

2.1. Суицидальная уязвимость, уже на уровне популяционной выборки включающая в себя такие характеристики, как неполная семья, отягощенная

расстройствами аффективного спектра наследственность, переживания безнадежности, одиночества, депрессии, агрессивность, завышенный уровень перфекционизма, нарциссический, эмоционально-нестабильный, депрессивный паттерны поведения, создает «почву», на которой под воздействием негативных событий развивается суицидальное кризисное состояние;

2.2. Негативные жизненные события, являющиеся триггером развития суицидального нарратива, оцениваемые за предыдущие 6 месяцев, различаются от 39 % случаев в популяционной выборке до 69 % в группе с самоповреждающим поведением и до 85 % в группе подростков с суицидальными мыслями и действиями;

2.3. Феномены суицидального нарратива – «личное или социальное унижения», «социальный проигрыш», «нарушенная социальная идентичность», «обременительность», «обреченность» – имеют наибольшую прогностическую ценность и вклад в развитие всех последовательно описанных групп риска, представляя собой основные мишени психотерапии;

2.4. Суицидальное кризисное состояние как континуально-динамическое образование, включающее в себя антивитальные высказывания, самоповреждающее поведение, пассивные и активные суицидальные интенции, и действия, ассоциировано с нарастающей тяжестью психического состояния:

2.4.1. Антивитальные высказывания, выявляясь в 12 % случаев в популяционной и в 23 % наблюдений клинической выборки при слабой корреляции с клиническими и негативными психологическими феноменами, являются особой, недифференцированной почвой, встречающейся большей частью в норме;

2.4.2. Самоповреждающее поведение выявлялось в 17 % случаев в популяционной и в 48 % наблюдений в клинической выборках («пограничный риск»). Наибольшую прогностическую ценность и значимый вклад в развитие несуйцидального самоповреждающего поведения вносят феномены безнадежности, одиночества и эмоционально-нестабильный паттерн поведения;

2.4.3. Пассивные суицидальные мысли (группа «Умеренный риск»),

прогностический вклад в развитие которых вносят «переживание себя как бремени», «социальный проигрыш», «захват/обреченность», наблюдались в 64 % случаев клинической выборки и ассоциировались со стрессовыми расстройствами;

2.4.4. Суицидальные намерения/попытки (группа «Высокий риск») ассоциированы с расстройствами настроения (F30–F39), длительностью течения заболевания, наследственной отягощенностью, неоднократными суицидальными попытками без последующих госпитализаций. Клинические симптомы, имеющие наибольшую прогностическую ценность и вносящие наибольший вклад в развитие суицидальных намерений и действий, ассоциированы с проявлениями меланхолического симптомокомплекса, выявляющегося на всех стадиях суицидогенеза и являющегося центральным и структурообразующим проявлением суицидального кризисного состояния.

3. Структурно-динамические компоненты модели, ассоциированные с длительностью пресуицидального периода, ведущим аффектом суицидального кризисного состояния, негативными событиями, являющимися триггером развития суицидального нарратива, позволяют проследить закономерности развития и формирования суицидального поведения:

3.1. При коротком, длящемся до суток, аффективно-напряженном пресуицидальном периоде (49 %) наблюдаются тревожно-депрессивные с дисфорическими включениями реакции, связанные с психотравмирующей ситуацией, ведущее место в структуре которых занимают резкие смены настроения, деперсонализация-дереализация. При длительном, длящемся больше суток, аффективно-редуцированном пресуицидальном периоде (51 %) наблюдаются симптомы, характерные для меланхолических депрессивных состояний;

3.2. Структурно-динамические характеристики суицидального кризисного состояния, определяемые ведущим аффектом, позволили описать особенности подростков с суицидальными тенденциями:

3.2.1. Высоким уровнем специфичности при доминирующем тревожном

аффекте обладают симптомы: «эмоциональная лабильность/импульсивность» и «болезненные телесные сенсации». Суицидальное поведение развивается через постепенное соматическое истощение, астенизацию, снижение когнитивно-мнестических функций, нарастающую растерянность, бессилие. Суицидальный мотив – избегание наказания (побег). Антисуицидальным фактором является страх перед болью, неизвестностью;

3.2.2. При ведущем тоскливом аффекте суицидальное поведение развивается на фоне переживания несправедливости, невозможности изменить что-то важное в своей жизни. Наиболее специфичными, хроническими симптомами, являющимися ядром группы, являются «суицидальные мысли» и «болезненная психическая анестезия», определяющие нарастающее психическое истощение с постепенным присоединением переживаний безысходности, бремени себя для окружающих. Суицидальным мотивом является желание «доказать» свою состоятельность или мотив самонаказания. Антисуицидальным фактором является чувство ответственности за ближнего;

3.2.3. При доминирующем в структуре кризисного состояния дисфорическом аффекте негативное событие воспринимается как фрустрация своих желаний, переживаемая как личное или социальное унижение с обвинением окружающих, с быстро нарастающими обидой, гневом, с демонстративными, манипулятивными суицидальными проявлениями. Симптомами и переживаниями, наиболее специфичными для данной группы, являются «фрустрация права на счастье» и «фиксация переживаний на кризисном состоянии». Антисуицидальным фактором являлся страх смерти, несуществования;

3.3. Выделенные в зависимости ведущего синдрома комплекса 5 траекторий развития психического расстройства (психопатопоподобная, меланхолическая, тревожно-депрессивная, стрессовая, психотическая) улучшают возможности прогнозирования развития суицидального кризисного состояния.

4. Усовершенствованная технология раннего выявления суицидального

поведения включает в себя следующие 4 этапа: 1) обучение специалистов, методические рекомендации, 2) проведение дистанционного тестирования (скрининг), направленного на выявление факторов риска суицидального поведения, 3) индивидуальное обследование с определением содержания помощи и необходимости обращения к профильным специалистам, 4) контроль результатов (методическое сопровождение, супервизия, динамическое наблюдение).

5. Разработанная в рамках технологии «Базисная карта кризисного состояния подростка», включающая чек-лист оценки суицидального риска, позволяет выделить основные социально-демографические характеристики, клинико-психопатологические и психологические феномены, характерные для подростков и молодых людей с активными суицидальными интенциями и суицидальными попытками, и может использоваться в практической деятельности специалистов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Создание и ведение на базе Центра единой информационной базы по завершённым суицидам, суицидальным попыткам на основе ежемесячно получаемой из регионов информации.

2. Формирование единого глоссария суицидальных терминов с учетом современных тенденций и необходимости введения новых определений.

3. Формирование компетенции медицинских, педагогических работников и специалистов других ведомств по распознаванию признаков суицидального риска обучающихся, алгоритма действий при выявлении обучающихся с признаками неблагополучия через единую межведомственную программу повышения квалификации, объединяющую в себе опыт специалистов различных структур и ведомств.

4. Разработка и адаптация с последующим внедрением в практику всех заинтересованных ведомств единого психодиагностического пакета методик,

направленных на раннее выявление суицидального поведения у несовершеннолетних.

5. Внедрение разработанных критериев суицидального риска в практику проведения профилактических медицинских осмотров, скрининговых программ в образовательных организациях для выявления групп риска и дальнейшей маршрутизации подростков.

Критерии эффективности внедрения модели в практику:

1) Количество несовершеннолетних с суицидальным поведением, выявленных благодаря внедрению технологии и получивших необходимую помощь;

2) Повторность покушений в течение ближайшего года у лиц, имеющих в анамнезе суицидальные попытки;

3) Информационная эффективность: 3.1) повышение уровня информированности, знаний целевой аудитории в части, касающейся превенции суицидов среди несовершеннолетних; 3.2) достижение дестигматизирующего эффекта (повышение уровня доверия перед обращением в медицинские учреждения или в другие учреждения, участвующие в Программе);

4) Организационные: увеличение количественных и качественных показателей уровня развития инфраструктуры организаций, участвующих в профилактике суицидального поведения несовершеннолетних.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ АВТОРОМ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Банников, Г.С. Антивитальные переживания, аутоагрессивное поведение и особенности личностного профиля подростка / Г.С. Банников, К. А. Кошкин // Научно-практический журнал «Врач-аспирант». – 2012. – № 6.2(55). – С. 266–277.

2. Банников, Г. С. Кризисные состояния у подростков (пресуицидальные маркеры, особенности личности, стратегии кризисной психотерапевтической помощи) / Г. С. Банников, К. А. Кошкин [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 2(19). – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 12.08.2024).

2. Вихристюк, О. В. Средства массовой коммуникации в системе предикторов суицидального поведения в подростковом возрасте / О. В. Вихристюк, Г. С. Банников, А. В. Летова [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. – 2013. – Том 5, № 1. – URL: – https://psyjournals.ru/journals/psyedu/archive/2013_n1/59156 (дата обращения: 20.08.2024).

3. Банников, Г. С. Кризисные состояния абонентов Телефона доверия: вопросы диагностики и психологической помощи / Г. С. Банников, А. В. Ермолаева [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. – 2013. – Том 5, № 4. – URL: https://psyjournals.ru/journals/psyedu/archive/2013_n4/65710 (дата обращения: 20.08.2024).

4. Павлова, Т.С. Современные теории суицидального поведения подростков и молодежи / Т.С. Павлова, Г.С. Банников [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. – 2013. – Том 5, № 4. – URL: https://psyjournals.ru/journals/psyedu/archive/2013_n4/65717 (дата обращения: 20.08.2024).

5. Банников, Г.С. Антивитальные переживания и аутоагрессивные формы поведения подростка с «диффузной идентичностью» / Г.С. Банников, К.А. Кошкин [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. – 2013. – Том 5, № 1. – URL: https://psyjournals.ru/journals/psyedu/archive/2013_n1/59073 (дата обращения: 21.08.2024).

6. Банников, Г. С. Скрининговая диагностика антивитальных переживаний и склонности к импульсивному, аутоагрессивному поведению у подростков (предварительные результаты) / Г. С. Банников, Т. С. Павлова, О. В. Вихристюк // Электронный журнал «Психологическая наука и образование psyedu.ru». – 2014. – № 1.

7. Self-Murder and Self-Murderers in Social Representations of Young Russians: An Exploratory Study = [Самоубийство и самоубийцы в социальных представлениях молодых россиян: исследование]: пер. с англ. / Н. В. Дворянчиков, И. Б. Бовина, О. В. Вихристюк, Г. С. Банников, И. Н. Коноплева, Е. Б. Березина – P. 33–48. – URL: <http://www.psychlib.ru/inc/absid.php?absid=403731> (дата обращения: 31.08.2021).

8. Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы) / Г. С. Банников, Т. С. Павлова, К. А. Кошкин, А. В. Летова // Суицидология. – 2015. – Т. 6, № 4(21). – С. 48–54.

9. Ведущие механизмы самоповреждающего поведения у подростков: по материалам мониторинга в образовательных организациях / Г. С. Банников,

Н. Ю. Федунина, Т. С. Павлова, О. В. Вихристюк, А. В. Летова, М. Д. Баженова. – DOI 10.17759/cpp.2016240304 // Консультативная психология и психотерапия. – 2016. – Т. 24, № 3. – С. 42–68.

11. Особенности ценностей и социальных установок у подростков с самоповреждающим и суицидальным поведением. Научное мнение: научный журнал / Г. С. Банников, Н. Ю. Федунина, О. В. Вихристюк, Т. С. Павлова, Л. А. Гаязова, М. Д. Баженова, А. В. Летова // Санкт-Петербургский университетский консорциум. – Санкт-Петербург, 2018. – № 1. – С. 93–99.

12. Раннее выявление потенциальных и актуальных факторов риска суицидального поведения у несовершеннолетних / Г. С. Банников, Т. С. Павлова, Н. Ю. Федунина, О. В. Вихристюк, Л. А. Гаязова, М. Д. Баженова // Суицидология. – 2018. – № 2(9). – С. 82–91.

13. Особенности совладания со стрессом у подростков с самоповреждающим и суицидальным поведением / Г. С. Банников, Т. С. Павлова, Н. Ю. Федунина, О. В. Вихристюк // Консультативная психология и психотерапия. – 2018. – Т. 26, № 2. – С. 33–52.

14. Банников, Г. С. Применение технологии выявления факторов риска развития суицидального поведения среди подростков и молодежи / Г. С. Банников, О. В. Вихристюк, Н. Ю. Федунина // Психологическая наука и образование. – 2018. – Т. 23, № 4. – С. 91–102.

15. Любов, Е. Б. Самоповреждающее поведение подростков: дефиниции, эпидемиология, факторы риска и защитные факторы. Сообщение I / Е. Б. Любов, П. Б. Зотов, Г. С. Банников. – DOI 10.32878/suiciderus.19-10-04(37)-16-46 // Суицидология. – 2019. – № 4(10). – С. 16–46.

16. Банников, Г. С. Новый подход в диагностике суицидального поведения: обзор зарубежных источников / Г. С. Банников, О. В. Вихристюк, И. Галынкер. – DOI 10.17759/cpp.2020280102 // Консультативная психология и психотерапия. – 2020. – Т. 28, № 1. – С. 8–24.

17. Банников, Г. С. Психотерапия суицидального кризисного состояния у несовершеннолетних: анализ современных подходов и методов / Г. С. Банников, О. В. Вихристюк, Л. Я. Гаязова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2021. – Т. 31, № 2. – С. 86–93.

18. Профилактика суицидального поведения несовершеннолетних / Б. С. Положий, Г. С. Банников, Е. Б. Любов, П. Б. Зотов, П. К. Яхьяева. – DOI 10.32878/suiciderus.21-12-03(44)-67-87 // Суицидология. – 2021. – № 3(12). – С. 67–87.

19. Bannikov, G. Suicidal Narrative and Suicidal Crisis in Adolescents: Symptoms Associated with High Suicide Risk in a Russian Sample / G. Bannikov, O. Vikhristyuk, J. Richards // IASP 31st World Congress Gold Coast 2021. – P. 158.

20. Банников, Г. С. Суицидологические службы России: проблемы и резервы развития / Г. С. Банников, Е. Б. Любов, К. Л. Кещян. – DOI 10.21045/2782-1676-2021-2-1-27-34 // *Общественное здоровье*. – 2022. – № 1(2). – Р. 27–34.

21. Банников, Г. С. Структура кризисного состояния у несовершеннолетних: симптомы, связанные с высоким суицидальным риском. Социальная и клиническая психиатрия / Г. С. Банников // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2022. – Т. 32, № 3. – С. 27–37.

22. Банников, Г. С. Программы профилактики суицидального поведения подростков / Г. С. Банников, В. С. Эминова // *Вопросы охраны психического здоровья*. – 2022. – Т. 1, № 2. – С. 29–36.

23. Банников, Г. С. Клинико-психопатологическая модель суицидального поведения в подростковом возрасте. Часть 1 (статические компоненты модели) / Г. С. Банников // *Российский психиатрический журнал*. – 2023. – № 5. – С. 55–65.

24. Банников, Г. С. Клинико-психопатологическая модель суицидального поведения в подростковом возрасте. Часть 2 (структурно-динамические компоненты модели) / Г. С. Банников. // *Российский психиатрический журнал*. 2023. – № 6. – С. 41–49.

Монографии

25. Что нужно знать родителям о подростковых суицидах? / О. В. Вихристюк, Г. С. Банников, И. Б. Бовина, Л. А. Гаязова, Л. В. Миллер; под ред. О. В. Вихристюк. – Москва: МГППУ, 2013. – 67 с.

26. Банников, Г. С. [Глава:] Профилактика суицидального подростков / Г. С. Банников // *Национальное руководство по суицидологии* / Под ред. Б. С. Положего. – Москва: МИА, 2019. – С. 483–512.

27. Ценности и социально-психологическая дезадаптация подростков и юношей: коллективная монография / И. А. Баева, Г. С. Банников, И. В. Кондакова, Е. А. Никифорова, Н. П. Радчикова, К. Г. Семенова, О. А. Ульянина, К. А. Файзуллина, З. Р. Хайрова; под ред. О. В. Вихристюк, Л. А. Гаязовой. – Москва: МГППУ, 2022. – 70 с.

Методические рекомендации и информационные письма

28. Методические рекомендации (памятка) психологам образовательных учреждений по выявлению и предупреждению суицидального поведения среди несовершеннолетних / Г. С. Банников, О. В. Вихристюк, Л. В. Миллер, Т. Ю. Сеницына. – Москва: ГБОУ ВПО МГППУ, 2013. – 40 с.

29. Методические рекомендации для педагогов-психологов образовательных организаций по диагностике факторов риска развития кризисных состояний с суицидальными тенденциями у обучающихся 7–

11 классов / Г. С. Банников [и др.]; под ред. О. В. Вихристюк. – Москва: ФГБОУ ВО МГППУ, 2017. – 58 с.

30. Банников, Г. С. Суицидальное поведение в условиях пандемии COVID-19: информационное письмо / Г. С. Банников, А. В. Милехина, Л. Е. Пищикова; ФНБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России. – Москва, 2021.

31. Суицидальное поведение несовершеннолетних (профилактические аспекты): методические рекомендации / Б. С. Положий, Е. В. Макушкин, Е. Б. Любов, Г. С. Банников; ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России. – Москва, 2020.

32. Суицидальное кризисное состояние в подростковом и юношеском возрасте (клинико-психологические маркеры): методические рекомендации / Г. С. Банников, К. А. Чистопольская, П. К. Яхьяева; ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России. – Москва, 2023.

33. «Суицидальное поведение несовершеннолетних» (факторы риска, предикторы развития, диагностика) методические рекомендации / Р.В. Ахапкин, Е.Г. Дозорцева, Е.Б. Любов, Г. С. Банников; ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России. – Москва, 2024.