

ПРИЧИННЫЕ ФАКТОРЫ И МОТИВАЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

А.П.Гелда

Республиканский научно-практический центр психического здоровья,
Долгиновский тракт, 152, 220053, г. Минск, Республика Беларусь

Детско-подростковый контингент в большинстве стран мира – группа населения высокого суицидального риска. В статье представлена обзорная характеристика причинно-мотивационных феноменологических особенностей суицидальности среди детей и подростков, знание которых создает возможность дифференцированного подхода к разработке стратегий предупреждения суицидальных действий среди детей и подростков.

Ключевые слова: дети и подростки; суицидальное поведение.

Природа суицидального поведения человека (суицидальные мысли, намерения, попытки, самоубийства) – полифакторная, имеющая свои отличительные особенности в детско-подростковом возрасте, обусловленные физиологическими и психологическими особенностями развития взрослеющего ребенка [1]. Наиболее признанной в мире моделью, описывающей все феноменологическое многообразие суицидального поведения человека, является биопсихосоциальная [2], стратифицированная на 7 групп факторов суицидального риска: биологические, социально-демографические, этнокультуральные, психопатологические (клинические), личностно-психологические, макро- и микросоциальные, причем четыре последние группы являются ведущими (доминирующими) в патогенетических механизмах возникновения и реализации суицидального акта [3]. В то же время, в каждом случае совершенного суицидального акта имеет место взаимодействие и взаимовлияние вышеперечисленных суицидогенных факторов.

Биологические предпосылки к развитию суицидального поведения описывают половозрастные (избыточный суицидальный риск среди женщин, в возрастных диапазонах 15–24 лет, 40–49 лет, 70 лет и старше) [4, 5] и наследственно-генетические факторы суицидальности человека. Так, достоверно доказанным считается преобладание склонности к суицидальному поведению у монозиготных близнецов, по сравнению с дизиготными [6], при наличии семейной истории, отягощенной самоубийствами (или суицидальными попытками) близких родственников [7], или наследственной отягощенности рядом психических расстройств (избыточный суицидальный риск при наследственной отягощенности расстройствами настроения, шизофренией и др.) [8]. Проведено

достаточно большое количество исследований по поиску генов-маркеров суицидальности, среди которых с большей вероятностью предположительности ассоциированности с избыточным суицидальным риском (самоубийством) являются гены, имеющие отношение к серотониновой и катехоламиновой системам мозга (SLC6A4, COMT, TRH2), и ген, кодирующий белок SKA2 [9].

Следует отметить, что наследуемая склонность к суицидальной аутодеструкции – это набор клинико-генетических характеристик (семейная история суицида, наследственная отягощенность психическими расстройствами высокого уровня ассоциированности с суицидальными актами, наследуемый генотип, имеющий отношение к формированию деструктивных форм поведенческих реакций), которые могут послужить основой для суицидальности, но однозначно биологически не детерминируют суицидальную реализацию, ибо значительную роль в реализации наследуемой склонности к самоубийственным актам играет среда (неблагоприятные средовые воздействия на определенных этапах развития личности) [10].

Социально-демографические факторы в ассоциации с ростом/снижением уровня суицидальной активности населения, среди которых ведущее положение отводится социальным кризисам (периодам радикальных социально-экономических и политических изменений в обществе, сопровождающихся экономическим спадом, безработицей, снижением уровня жизни и социальной защищенности населения, сменой общественных ценностей и устоявшихся жизненных стереотипов) [5, 11], месту проживания и общественно-профессиональному положению (к примеру, ассоциированность с избыточным суицидальным риском при проживании в городской местности, в

особенности в урбанизированных городах, или среди безработных лиц [4, 10]), как суцидодгенные для их реализации в детско-подростковой среде мало значимы.

Этнокультуральные факторы формирования суицидального поведения имеют следующие особенности: на протяжении последних десятилетий эпидемиологических исследований самоубийств стандартно высокие уровни суицидальной смертности регистрируются в христианских странах, низкие – в мусульманских [4, 12]; высокие показатели самоубийств в странах с финно-угорским населением (Венгрия, Финляндия, Эстония) и в регионах России с преимущественным населением финно-угорской этнической группы (Республика Коми, Удмуртия, Пермский край и др.) [12, 13], среди коренного населения Северной Америки, Австралии, Бразилии, Новой Зеландии в противовес относительно невысоким показателям самоубийств среди коренных народов (саамов), проживающих в скандинавских странах (Швеции и Норвегии) [14]. Однозначного объяснения различий этнокультуральных уровней самоубийств не существует, более правдоподобной является версия о прямой корреляционной связи высокого уровня самоубийств с имеющими место высокими уровнями психических расстройств, алкогольной и наркотической зависимостями. Определенный вклад в суицидальную активность населения приносят и традиции некоторых народов, такие как групповое самоубийство в Японии (суицид совести «харакири», или договорные «парные» суициды возлюбленных, родителей и детей), обычай самосожжения вдов в Индии («сати»), «негодующее самоубийство» в Индонезии, совершаемое после оскорбления и пр.

Этнокультуральные суицидологические исследования позволяют выявлять и изучать этнокультуральные особенности суицидального поведения и разрабатывать адресно ориентированные превентивные меры антисуицидальной направленности.

Биологические, социально-демографические и этнокультуральные факторы суицидального риска декларируют общепопуляционные особенности формирования суицидального поведения человека. В то же время, в контексте разработки специализированных методик оценки суицидального риска, программ превентивной профилактики суицидального поведения и оказания специализированной антисуицидальной медико-психологической помощи – ориентация на оценку потенциальных и актуальных факторов суицидального риска (психопатологических, личностно-психологических, макро- и микросоциальных), являющихся

базисоформирующими суицидальное поведение индивидуума. Изучение этих факторов суицидального риска проводится в дифференцированном сопоставлении среди разных групп населения (по кластерам: половозрастным, места проживания, общественно-профессионального положения и др.), в том числе, с учетом национальных особенностей [15].

Психопатологические (клинические) факторы суицидального риска. Психопатология суицидального акта включает предшествующую суицидальному акту психическую патологию у пациентов с хроническими психическими расстройствами, а также непосредственно возникающий в ситуации переживаемого психотравмирующего кризиса широкий спектр психических дисфункций у психически здоровых людей, в значительной части случаев имеющий нозологические границы (то есть, в момент совершения самопокушения на собственную жизнь признаки психической дезадаптации клинически «очерчивают» диагноз определенного транзиторного психического расстройства, связанного со стрессом). Исследования, проведенные с использованием метода психологической аутопсии ретроспективно ко времени нескольких дней и недель перед смертью, свидетельствуют, что от 70 до 99% всех лиц, совершивших самоубийство, при жизни страдали психическим расстройством [16]. По литературным данным, наиболее мощная статистическая закономерность, ассоциированная с суицидальным поведением, характерна для аффективных расстройств (43–45%), почти в 2 раза ниже для алкогольной зависимости (25–27%) и связанных со стрессом невротических расстройств (20–23%), последующие ранговые положения отводятся расстройствам личности (16–18%) и психотическим психическим расстройствам, преимущественно шизофренического спектра (9–10%) [5, 16]. В то же время, следует учитывать, что 2/3 лиц с первичными суицидальными актами до их совершения не обращались за психиатрической (психологической, психотерапевтической) помощью и по формальным признакам являлись психически здоровыми людьми [17].

В сопоставлении с взрослым контингентом суицидентов, психопатологические факторы вносят значимо меньший по весомости вклад в формирование суицидального поведения в детско-подростковой среде. Суицидальное поведение детей и подростков – это, в основном, проблема «пограничной» психиатрии. Ассоциированными с суицидальным поведением в ранговой последовательности нарастания статистических случаев

встречаемости являются аффективные расстройства настроения и психотические состояния (около 5% случаев) [18], расстройства поведения (социализированное и оппозиционно-вызывающее), формирующиеся личностные расстройства (у подростков), как правило, пограничного или нарциссического круга [19], способствующие в психотравмирующей стрессовой ситуации к реагированию посредством аутоагрессивных суицидальных действий у пограничных личностей для восстановления контроля над средой (вызвать чувство вины у родителей и окружения) [20], у личностей с нарциссическим расстройством – для повышения самооценки при угрозе утраты своей исключительности [21], химические зависимости – преимущественно употребление алкоголя с вредными последствиями [22] (суммарный вклад 25–30%) и составляющие всю остальную статистику встречаемости ситуационно обусловленные расстройства адаптации в переживаемой кризисной суицидоопасной ситуации [23].

Статусные психопатологические (клинические) факторы (страдание в пресуицидальном периоде психическими и поведенческими расстройствами) – наиболее значимые психопатологические предикторы суицидального поведения в детско-подростковом возрасте, но не в качестве изолированных причин суицидальных поступков, а в тесном взаимодействии с иными факторами суицидальности [24].

Личностно-психологические факторы суицидального риска в детско-подростковом возрасте. По литературным данным, индивидуально-психологические особенности детей и подростков, предрасполагающие к формированию и реализации суицидальных действий, многообразны и разновелики по своей мощности суицидогенного влияния. К таким индивидуально-психологическим предикторам суицидального поведения в детско-подростковом возрасте, фактически характеризующим дисгармоничность структуры личности, относят: рефлексивность и повышенную чувствительность к психострессовым воздействиям, ранимость и обидчивость, инфантильность, застенчивость и робость, упрямство и повышенную внушаемость, завышенную самооценку и неуверенность в себе, склонность к самоанализу и к сомнениям, отсутствие конформности и недостаток самоконтроля над эмоционально-поведенческими импульсами (чрезмерная ситуационная импульсивность и агрессивность), неустойчивость эмоциональной сферы (повышенная возбудимость) и неустойчивость настроения (нейротизм; негативная аффективность как склонность в от-

вет на стресс долговременно переживать негативные эмоции, включая депрессивность оттенка таких переживаний), снижение толерантности к эмоциональным нагрузкам, избегание «нагрузочных» ситуаций и пассивность в разрешении трудных ситуаций, несформированность системы ценностей и неспособность адекватно перерабатывать конфликты в межличностной сфере, интровертированность и зависимость от окружающих с чрезмерными ощущениями отвержения социальным окружением, впечатлительность и чувство покинутости, переживание собственной несостоятельности или физического недостатка, отказ от общепринятых норм поведения и подчинение себя случайным «кумирам», максимализм в оценках и неспособность к принятию аргументированных решений [1, 23, 25–29]. У значительной части подростков отмеченные черты характера выступают в сочетании с устойчивым негативным отношением к общественной морали, установкам родителей и стилю семейных отношений [30].

Вне рамок психического и поведенческого расстройства все эти индивидуальные психологические особенности при наличии личностно-травмирующей ситуации формируют у детей и подростков психическое состояние, предрасполагающее к совершению суицидальных актов [31].

Логистическая модель оценки вехового вклада тех или иных конкретных личностно-психологических факторов в формирование детско-подростковой суицидальности выделяет такие наиболее патогенетически значимые возрастные индивидуально-психологические характеристики индивидуума, как негативная аффективность [19], импульсивная (реактивная) агрессивность как склонность к реакциям на фрустрирующие воздействия и неспособность к конструктивному переживанию сложных ситуаций вследствие низкого порога контроля над своими эмоционально-поведенческими реакциями [32], юношеский перфекционизм, ведущий к социальной изоляции от сверстников [33], что в совокупном влиянии определяет преобладающие в детско-подростковой среде формы суицидального реагирования как демонстративно-шантажные или «аффективного суицида» (суицидальные действия, совершенные непосредственно под влиянием интенсивных и значимых эмоций; решение и совершение суицидального акта принимается мгновенно и необдуманно в психотравмирующей ситуации по механизму «короткого замыкания» при восприятии психологических проблем как безвыходных в силу ограниченности в детско-подростковом возрасте жизненного опыта) (совокупно 70–80% случаев само-

покушений) с психологическим смыслом к самопокушению протестного типа (пассивного протеста или призыва) [17].

Феномен «кластерных суицидов» в виде эпидемии самоубийств, совершенных сходным способом в короткий период времени, свойственен только детско-подростковому возрасту. Весовой вклад «кластерных суицидов» в общей структуре смертности от самоубийств среди детей и подростков не очень высок, но имеет широкий общественный резонанс. Платформа для возникновения «кластерных суицидов» – такая характеристика человеческой психики, как индуктивность (отсутствует у других животных), чрезмерно выраженная в детско-подростковом возрасте. В обществе широко используется направленная и осознанная индукция: в рекламе, в политике, в основе образования религиозных и политических течений (партий), в провокации беспорядков, войн («массовый индуцированный психоз»). Средства массовой информации (СМИ) используют приемы направленной индукции для привлечения детско-подростковой аудитории, ориентируясь на неосознанную потребность детей и подростков в реализации своих детских страхов посредством просмотров деструктивного содержания телепередач (фильмы «ужастики», детективы с многочисленными сценами насилия). Агрессивность и напористость СМИ ради получения прибыли формируют у детей и подростков состояние потери ощущения реальности и на фоне повышенной детской внушаемости способствуют формированию и реализации индуцированных агрессивных действий, включая и направленных на себя. Впечатлительные, склонные к подражанию дети и подростки являются наиболее частыми жертвами информационных программ, документальных или художественных фильмов и публикаций в прессе, в которых освещаются случаи самоубийств. Особо опасно для детей и подростков освещение самоубийств лично значимых других людей – их медийных кумиров [34]. «Подражательность» как суицидогенный личностно-психологический фактор следует рассматривать в контексте оценки роли СМИ в генезе детско-подросткового суицидального поведения (один из макросоциальных факторов суицидального риска в детско-подростковом возрасте), ибо СМИ, используя детско-подростковую «подражательность», могут «индуцировать» и позитивные, созидательные образы для детско-подростковой аудитории.

Макросоциальные факторы суицидального риска в детско-подростковом возрасте имеют свои национальные феноменологические особен-

ности, но общий их перечень, не детерминированный географическими, территориальными, этнокультуральными и иными причинами, в основном, обусловлен агрессивным влиянием информационной среды.

Логистические модели, согласно литературным данным, позволяют очертить патогенетически значимые макросоциальные факторы формирования суицидального поведения в детско-подростковом возрасте в следующем понижающем ранге их весового вклада [35]:

1) сеть Интернет и коммуникативные социальные сети, пропагандирующие индивидуальное или расширенное самоубийство (киберсуицид) (суицидальные Интернет-сообщества, виртуальные «клубы самоубийств» с рекомендациями и советами по безболезненному и быстрому уходу из жизни). Открытый и свободный доступ подобного рода информации, девальвирующей ценность человеческой жизни, является особо опасным для детей и подростков, которые вследствие возрастной личностной незрелости, склонности к реакциям подражания и группирования в сочетании с устойчивыми негативными отношениями к этико-нравственной и общественной морали легко усваивают деструктивные идеи самоуничтожения как лично приемлемые и допустимые в сознании, а также возможности их практической реализации [23, 36]. Особое значение имеет поиск подростками с суицидальными интенциями (представлениями, мыслями о самопокушении) в сети Интернет информации о суицидальных актах, который существенно активизирует суицидальную готовность подростка с высокой последующей вероятностью совершения суицидальных действий [37]. В свою очередь, по мнению G.M.Zimmerman с соавт. (2016), общение в коммуникативных социальных сетях со сверстниками, склонными к аутодеструктивному суицидальному поведению, является небезопасным, рискованным и провоцирующим к формированию суицидальной настроенности [38];

2) информационная пропаганда культа насилия (преимущественно телевизионными СМИ, пропагандирующими культ «крутого» человека с многочисленными сценами насилия, крови, убийств), приводящая через наблюдение за действиями других к усвоению и внедрению в сознание детей и подростков негативной информации об обыденности в окружающем их мире насилия и дозволенности к совершению убийств. На фоне повышенной детско-подростковой внушаемости, утилитарности (несформированности) системы ценностей и неспособности адекватно анализировать и перерабатывать негативную ин-

формацию, информационная пропаганда культа насилия индуцирует детско-подростковую агрессивность, в том числе, с возможностью ее легкой направленности на себя в разнообразных репертуарных ситуациях психотравмирующего контактирования (межличностного, внутрисемейного и пр.) с социумом [12, 39];

3) недопустимые формы подачи информации о случаях самоубийств (особенно подростковых и групповых) в СМИ и Интернете. О причинно-следственной связи освещения в СМИ суицидальных происшествий с повышением суицидальной активности в детско-подростковой и молодежной среде известно давно (подражающие суицидальные акты, так называемый «синдром Вертера»). В обзорном анализе зарубежных источников, проведенном О.В.Вихристюк (2013), убедительно показано влияние информационных сообщений в СМИ о самоубийствах на суицидальное поведение подростков и молодежи [40], в особенности на лиц с суицидальными наклонностями [34]. В рекомендациях ВОЗ [12, 41] неоднократно указывалось на недопустимость натуралистического освещения в СМИ излишних деталей, причин и способов самоубийства, публикаций предсмертных записок, что может сформировать у детей и подростков характерные сходным способом образы подражания к реализации самоубийственных актов. ВОЗ рекомендует более взвешенный подход к освещению суицидальных происшествий в СМИ [41];

4) расслоение общества по материальному достатку и, как следствие, разделение стран на «бедные и богатые», бедность слоев общества или социальных групп и конкретной семейной ячейки внутри страны на фоне насаждаемого в общественных формациях культа потребления [4]. Бедность на популяционном уровне (в бедных странах или внутри страны среди бедных групп населения) ведет к ограничениям в доступе к медицинской помощи и в своевременном оказании специализированной медико-психологической помощи лицам в переживаемой суицидоопасной кризисной ситуации, с чем связаны высокие популяционные уровни суицидальной смертности в бедных странах и среди материально малообеспеченных и бедных слоев социальных групп населения внутри страны [5, 8, 10, 12, 13]. Бедность на уровне родительской семьи – это потенциальная вероятность формирования у несовершеннолетних членов семьи устойчивого во времени комплекса моральной неполноценности (ущербности и отвержения социальными институтами) в ассоциации с высоким риском суицидальной агрессии [12, 31, 42];

5) психологическая зависимость от компьютерных видеоигр. Склонность в детско-подростковом возрасте к созерцанию в окружающем их мире яркого, красочного и быстро сюжетно меняющегося события – физиологическая платформа для создания разнообразных компьютерных игр и игровых компьютерных сетевых ресурсов для привлечения детско-подростковой аудитории [43]. Не говоря о декларирующих жестокость и насилие компьютерных играх, непосредственно представляющих угрозу для детско-подростковой психики в силу возбуждения социальной агрессии, вредными и опасными являются и иного фабульного содержания компьютерные игры при длительном многочасовом погружении в игровую ситуацию в ущерб своему здоровью и времени, которое могло бы быть использовано для продуктивного интеллектуального и физического самоусовершенствования. Психологическая зависимость от компьютерных видеоигр – хронически стрессовая семейная ситуация: по причине детско-подросткового эгоцентризма (мир состоит из него самого, а окружающий социум должен обслуживать его запросы и интересы), эмоциональной нестабильности с превалированием у детей и подростков страха и тревоги по отношению к будущему, склонности к оппозиционному поведению по отношению к взрослым и иррационального стремления доказать свою самостоятельность, жесткая запретная позиция родителей к доступу к компьютерным Интернет-играм (к игровым приставкам) нередко приводит к совершению детьми и подростками демонстративно-шантажных или аффективных суицидальных актов [35]. Также не следует игнорировать данные научных исследований, свидетельствующие о высоком риске возникновения депрессии и суицидальных мыслей у детей и подростков при длительных ежедневных 5-часовых и более занятиях видеоиграми и/или «погружениях» в Интернет [44];

6) свободная и бесконтрольная в ряде стран мира деятельность псевдорелигиозных тоталитарных сект вносит в определенные годы весомый вклад в уровневые показатели детско-подростковой смертности от самоубийств. Известны случаи массовых религиозно мотивированных самоубийств, совершенных адептами псевдорелигиозных сект, в том числе, детьми и подростками: 18 ноября 1978 г. в поселке Джонстаун (Гайана) массовое самоубийство членов религиозной секты «Храм Народа», руководимой Джимом Джонсом (погибли 909 членов секты), серии массовых самоубийств в 1994–1997 гг. членов религиозной секты ордена «Солнечный Храм» (74 самоубийства), массовое самоубийство 26 марта 1997 г. 39

последователей секты «Врата Неба» (г. Санта Фе, штат Калифорния, США), религиозные массовые самоубийства у русских староверов и т.д. [43].

Изолированное суицидогенное влияние макросоциального фактора редко непосредственно является триггером (спусковым крючком) для совершения суицидального акта, в большинстве случаев это влияние проявляется в комбинированном сочетании с суицидогенными влияниями других факторов (личностно-психологических, микросоциальных и пр.) [35].

Микросоциальные факторы суицидального риска в детско-подростковом возрасте, условно подразделяемые на три большие группы (микросоциальные факторы межличностного контактирования со сверстниками и с взрослыми из сферы несемейного контактирования (с учителями, соседями, сотрудниками милиции и др.), микросоциальные семейные факторы и иные), как и макросоциальные, имеют свои национальные феноменологические особенности.

Микросоциальные факторы суицидального риска межличностного контактирования со сверстниками и с взрослыми из сферы несемейного контактирования, несмотря на разный конфликт интересов, имеют схожий механизм формирования суицидального поведения, но с некоторыми определенными отличиями [45].

В основе механизмов формирования детско-подростковой суицидальности при нарушении позитивного контактирования со сверстниками, достигшего в личностном представлении уровня стресса с витальным чувством одиночества или отверженности, и с взрослыми из сферы несемейного контактирования лежат индивидуально-психологические особенности периода пубертатного созревания (рефлексивность и повышенная чувствительность к психострессовым воздействиям, ранимость и обидчивость, сочетание сензитивности с черствостью, карикатурное и резистентное к коррекции самоутверждение, непримиримый и алогичный в оценочных установках максимализм, увлечения сверхценного характера, чрезмерная внушаемость и пр.), в стрессовых ситуациях конфликтного социального репертуара проявляющие себя в форме защитных комплексов поведенческого паттерна имитации (подражания какому-либо лицу или образу), оппозиции или протеста (противопоставления себя окружающим), отказа (снижения стремления к естественным контактам с окружающими), эмансипации (борьбы за свою личностную самостоятельность и независимость), группирования (стремления решить собственные проблемы посредством группировки со сверст-

никами, нередко асоциальными), компенсации (стремления скрыть собственную несостоятельность в какой-либо области успехом в другой) или гиперкомпенсации (стремления достичь успеха именно в той области деятельности, в которой отмечается несостоятельность).

Суицидальная опасность подобного рода поведенческих паттернологических реакций определяется перекрестным действием как самой психотравмирующей ситуации конфликта интересов (межперсонального со сверстниками или с взрослыми), так и наличием стрессора в форме блокады (препятствий на пути достижения намеченных лично значимых целей, установления желаемых отношений и положения в микросоциуме, достижения независимости).

Субъективные негативно окрашенные психологические переживания в конфликте межличностного общения у детей и подростков вследствие низкого порога контроля над своими эмоциями и поведением в ассоциации фрустрирующего объекта с причиной возникшего у них психофизического дискомфорта в последующем своем развитии формируют дезадаптивное состояние суицидоопасной личностной реакции эгоцентрического переключения, остро возникшей и кратковременной с ситуационно-импульсивным разрешением посредством совершения аутоагрессивных действий (демонстративно-шантажных с манипулятивной мотивацией или истинных самопокушений самоустранения от психотравмирующей ситуации и бегства от необходимости решения проблем). В то же время, как у детей и подростков с физическими недостатками, хроническими инвалидизирующими заболеваниями, с акцентуированными сензитивными (или психического инфантилизма) чертами характера, межличностное общение со сверстниками и со школьными учителями нередко приобретает характер длительного психостресса («травля» в школе) [46] с формированием устойчивого психологического комплекса своей неполноценности и ущербности, витального чувства одиночества и дезадаптивного состояния душевной боли (стойкого гипотимического настроения) с высокой вероятностью аффектогенного суицидального реагирования и серьезности намерений предпринятого суицидального акта [17, 23, 45, 47].

Микросоциальные семейные факторы суицидального риска (характер взаимоотношений в семье и особенности системы воспитания, асоциальность и антисоциальность родительской семьи, социометрический статус родительской семьи: «родительская депривация» в полной семье и неполная семья, сиротство и др.). Семья – один из

важнейших факторов, влияющих на формирование суицидальной склонности у детей и подростков (45–60% избыточного долевого суицидального риска в детско-подростковом возрасте) [35, 48]. Особо значимый вклад в формирование суицидального поведения среди детей и подростков, по литературным данным, отводится дезадаптивным формам семейного воспитания, на высокую суицидогенность которых и их этнокультуральные особенности указывали еще А.Г.Амбрумова и В.А.Тихоненко в 1980 г. [17] и Е.У.Дейкин с соавт. в 1985 г. [49]. В СССР и в настоящее время на постсоветском пространстве к высоко суицидогенным типам семейного воспитания, способствующим развитию агрессивности и аутоагрессивности у несовершеннолетних членов семьи, относили и относят доминирующую гиперпротекцию или потворствующую гиперпротекцию («кумир семьи»), гипопротекцию (гипоопека) и эмоциональное отвержение («золушка») [23, 50].

Дезадаптивные стили семейного воспитания и детско-родительских взаимоотношений формируют и закрепляют у несовершеннолетних членов семьи неадаптивные копинг-стратегии преодоления суицидоопасных ситуаций: авторитарный стиль с доминирующей гиперпротекцией (постоянный родительский контроль над внутренним миром ребенка и его поведением, подавление самостоятельности и инициативы, строгая система запретов и ограничений) опосредует формирование слабой личности с потенциальной готовностью к суицидальному реагированию в конфликтных ситуациях социального репертуара в форме протестно-оппозиционных реакций (демонстративно-шантажных с суицидальной мотивацией и выраженным агрессивным компонентом саморазрушения или острых аффективных – истинных протестных самопокушений с чрезмерной аффектизацией поведенческого акта саморазрушения), с потворствующей гиперпротекцией («кумир семьи») (гиперопека над ребенком, фабулированная неадекватным родительским восхищением, чрезмерным обожанием и выполнением всех его капризов и желаний) – в форме стереотипизированных аутоагрессивных демонстративных реакций (демонстративно-шантажных с манипулятивной мотивацией и нелетальными самоповреждениями, как правило, неглубокими самопорезами), с гипопротекцией и безнадзорностью (гипоопека над ребенком: нет родительского контроля или он ослаблен, «случайное» родительское воспитание или оно отсутствует – предоставлен себе, безнадзорность, воспитывается «улицей») обуславливает с детства асоциальное поведение и реакции подра-

жания и группирования (демонстративно-шантажные с брутальным агрессивным компонентом самоповреждения или истинные протестные формы деструктивно-разрушающей аутоагрессии), эмоционального отвержения (комплекс «золушки»: ребенок лишен родительской ласки и внимания, семейное издевательство – противопоставление другим детям, постоянные упреки и унижения, система скрытого или откровенного указания, что он, ребенок, – обуза) по причине сформировавшегося чувства отверженности с его проекцией на окружающих, аутоагрессивные сензитивные реакции (с высокой угрозой для жизни истинные протестные реакции или самоповреждения избежания фрустрирующей ситуации без поиска обходных путей) [35, 43, 51, 52].

«Родительская депривация» как дезадаптивный стиль семейного воспитания и детско-родительских взаимоотношений в полных, обеспеченных и внешне благополучных семьях, в которых крайне минимизирована или отсутствует лично-персонализированная родительская забота о ребенке с ее переадресацией другим чужим людям (няням, гувернанткам и прочим лицам) при сохранении актуальными высоких требований к ребенку (депривационный психологический комплекс у ребенка: высокие требования, но недостаток родительского внимания и минимум заботы с их стороны), лишение родительской заботы и опеки с раннего детского возраста (сироты при живых и преуспевающих родителях) – стимул для формирования устойчивого чувства брошенности и отвергнутости как мощного суицидогенного фактора в подростковом возрасте с реализованными в стрессовых ситуациях истинными суицидальными реакциями протеста при ломке жизненного стереотипа или же с мотивацией самоустранения и бегства от психотравмирующей ситуации при угрозе наказания за поступок, не соответствующий, по мнению суицидента-подростка, родительским запросам [23, 35, 51].

Деструктивные отношения в семье – весомый суицидогенный фактор формирования суицидального поведения в детско-подростковом возрасте, в особенности в подростковом. Гармоничная, высокофункциональная структура семьи является мощнейшей системой адаптации и социализации ребенка и важнейшим протектором суицидального поведения, повышающим прочность антисуицидального порога и снижающим риск совершения суицидальных действий. Дисфункциональность родительской семьи специалистами в области суицидологии констатируется как потенциальный фактор, «создающий почву» формирования

и развития суицидального настроения и суицидальной активности у несовершеннолетних членов семьи, обуславливая 5–7-кратный избыточный суицидальный риск [53].

Из многообразия социометрических и психологических характеристик деструктивной родительской семьи специалисты выделяют и дифференцируют с учетом весового вклада в формирование суицидального поведения в детско-подростковом возрасте:

постоянные конфликты между родителями, ссоры, драки, распад брачных отношений (развод) (у несовершеннолетнего члена семьи закрепляется модель поведения привлечения внимания к своей персоне – агрессивная модель «выяснения отношений»); демонстративная агрессивность, в том числе с агрессией, направленной на себя [45, 54];

асоциальное поведение родителей (высокий уровень семейной агрессии): систематически проявляют вербальную/физическую агрессию по отношению к своему ребенку (оскорбления, унижения, эмоциональные репрессии и физические наказания) (у несовершеннолетнего члена семьи закрепляются эмоционально-поведенческие паттерны подражания модели поведения родителей – агрессивная модель поведения в жизни, включая протестные формы самопокушений) или систематически проявляют агрессию против других людей в присутствии своего ребенка (у несовершеннолетнего члена семьи закрепляется уверенность, что окружающие люди являются виновниками всех неприятностей и бед, возникают негативная агрессия и постоянный конфликт с социумом, включая демонстративно-шантажные аутоагрессивные действия или протестные формы самопокушений) [1, 45, 55];

алкогольную или наркотическую зависимость родителей (одного из них) в доказанной причинно-следственной ассоциации с формированием у несовершеннолетних членов семьи склонности к рисковому, угрожающему их жизни и здоровью поведению (экстремально-агрессивному и антисоциальному поведению, злоупотреблению психоактивными веществами и пр.) с системными эпизодами чрезмерных эмоциональных переживаний (гипотимного фона настроения, ситуативно-реактивной тревожности, острого чувства одиночества или незащищенности), что в совокупности способствует развитию суицидального комплекса [23, 24, 51];

семейную суицидальную историю (случаи летальных или нефатальных самопокушений родителей, братьев/сестер) при 4–5-кратном избыточном суицидальном риске (вследствие собственного детско-подростковому возрасту подражания поведению «значимого» другого фактор

«внушающего влияния самоубийцы в качестве примера» весьма значимый, в особенности модельного примера эмоционально значимых близких членов семьи) [56];

неполную семью (как правило, представленную одной матерью и нередко с доминирующими типами материнского воспитания: отвергающим с формированием с детского возраста у ребенка чувства отверженности или со сверхпекающим с формированием у ребенка слабой и безвольной личности – в обоих случаях такого рода материнского воспитания к подростковому возрасту формируются неадаптивные механизмы личностного реагирования в социуме и ряд суицидоопасных психологических комплексов – одиночество, незащищенность, страх перед окружающим миром и пр.) или деформированную семью с проживанием и воспитанием в семьях бабушки/дедушки или других близких родственников (вследствие формального надзора, в неполной мере обеспечения полноценного ухода и воспитания, лишеного эмоционального родительского тепла и ласки, высок вероятностный риск развития личности, склонной к суицидальному реагированию в конфликтных ситуациях) – 40–60% детей и подростков с суицидальным поведением выросли в неполных или деформированных семьях [31, 35].

Иные микросоциальные факторы суицидального риска в той или иной степени сопряженного влияния с микросоциальными межличностного контактирования и микросоциальными семейными факторами, но высоко суицидально рискованные в конкретной суицидоопасной ситуации [8]. Помимо «проксимальных» (каузальных) стрессоров (актуально значимых факторов развития суицидального поведения среди детей и подростков), непосредственно предшествующих суицидальному акту и, как правило, действующих автономно, вне контекста взаимодействия с другими суицидальными факторами (один и истинный агент конфликтной ситуации), и формирующих доминирующую мотивацию к самопокушению, выделяют и «дистальные» (непрямые) стрессоры, относящиеся к периоду раннего детства (пережитые жизненные стрессовые события как потенциальные факторы суицидального риска, «суицидальной почвы») [57].

По литературным данным, в группу иных микросоциальных «дистальных» суицидальных стрессоров входят: физическое [39, 52] или сексуальное [58] насилие в раннем детстве; ранняя потеря членов семьи (особенно родителя или обоих) или «значимых» близких людей [59]; группа иных микросоциальных «проксимальных» и актуально значимых суицидальных стрессоров: сексуальное над-

ругательство или изнасилование несовершеннолетнего лица, ранняя беременность несовершеннолетних (предстоящий аборт), смерть/тяжелая болезнь родителей (одного из них) и, в особенности, первые неудачи межполового общения («неудачная любовь», «несчастливая любовь») [23, 35, 39, 43, 51]. По мнению А.Г.Заблоцкой (2009), в подростковом возрасте во взаимоотношениях со сверстниками особую значимость приобретает интимно-личностное общение, модулирующее у эмоционально ранимых подростков при разрыве любовных отношений с партнером чувство «отверженности» и антивитальные переживания с фабулой размышлений об отсутствии ценности собственной жизни, способные, в свою очередь, стать катализирующими факторами возникновения суицидального настроения типа «душевной боли» (отрицательные эмоции тревожно-тоскливой модальности на фоне сниженного настроения высокой интенсивности) и его реализации посредством совершения самоубийственного акта [54], нередко при долгом временном вынашивании желания покончить с собой и хорошей рациональной проработке суицидального плана (высок риск завершенного суицида и высокая вероятность повторных покушений) [53].

Мотивация суицидального поведения в детско-подростковом возрасте. Комбинированное суицидогенное влияние психопатологических, личностно-психологических, макро- и микросоциальных факторов формирует мотивацию суицидального поведения (мотивы и обстоятельства для непосредственной реализации суицидального намерения), разнообразную в зависимости от страны (региона) проживания и национального менталитета. Мета-анализ научных исследований в странах постсоветского пространства позволяет определить основные содержательные характеристики мотивов и поводов к совершению суицидальных действий детьми и подростками в последнее десятилетие [23, 27, 43], которые следует учитывать и применительно к белорусской детско-подростковой популяции. К таким доминирующим мотивационным составляющим суицидального поведения в детско-подростковом возрасте, в частности, относятся: 1) переживание обиды, одиночества, отчужденности и непонимания (безразличие окружающих и их черствость); 2) действительная или мнимая утрата любви родителей, неразделенное чувство и ревность (во взаимоотношениях «мать – ребенок – мать»); 3) эмоциональные переживания негативного регистра (душевная боль), связанные со сложной обстановкой в семье (внутрисемейные родительские конфликты, пьянство родителей или в связи с собственным аддиктивным поведением – употребле-

нием психоактивных веществ), со смертью или разводом родителей, с их несправедливым отношением (включая психологическое и физическое насилие с их стороны); 4) чувства вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения (в межличностных взаимоотношениях со сверстниками или с педагогами); 5) боязнь позора, насмешек или унижения (при наличии неудач в учебе и школьной дезадаптации); 6) страх наказания и нежелания извиниться (в ситуациях серьезного виновного проступка); 7) любовные неудачи (отсутствие ответного чувства), сексуальные эксцессы, незапланированная беременность; 8) чувство мести, злобы, протеста (к стресс-агенту), переживание угрозы или вымогательства; 9) желание привлечь к себе внимание и вызвать сочувствие (повлиять на другого человека), избежать неприятных последствий и уйти от трудной ситуации (самоустранение без выбора альтернативного пути разрешения негативной ситуации); 10) сочувствие или подражание товарищам, кумирам, героям книг или фильмов (моделирование имитационного поведения) [60].

В свою очередь, мотивационные комплексы суицидальной активности в детско-подростковом возрасте вследствие полифакторности микросоциального суицидогенеза имеют отличительные феноменологические особенности.

Мотивация суицидального поведения при конфронтационных отношениях со сверстниками у суицидента в основном фабулируется проблемой позитивного установления и поддержания дружбы и отношений вследствие особенностей его характера как препятствия к удовлетворению потребности общения, его отвержения «значимым» другом/подругой, недостатка внимания и заботы «значимого» друга/подруги, разрыва отношений со «значимым» другом/подругой, его отвержения в учебной группе (низкий социометрический статус в классе или постоянные конфликты с учащимися), а при конфронтационных отношениях со школьными учителями – вследствие несправедливого отношения с их стороны (оскорбления, унижения и пр.), неудовлетворенности их поведением и личными качествами и, реже, вследствие несправедливых требований к исполнению учебных обязанностей или несостоятельности в учебе [1, 23, 26, 27, 29, 43, 61].

Мотивация суицидального поведения при конфронтационных отношениях с родителями (опекунами) у суицидента преимущественно фабулируется проблемой внутрисемейного позитивного контактирования по причинам несправедливого отношения с их стороны (оскорбления, унижения и пр.), неудовлетворенностью их поведением и личными качествами, недостаточным вниманием

и заботой с их стороны, их алкоголизацией/наркоманией, их семейной неустроенностью (их ссоры, конфликты, развод и др.) вследствие личной алкоголизации/наркомании или изменения привычного стереотипа жизни [23, 26, 35, 43, 61].

Мотивация суицидального поведения при патогенном влиянии иных микросоциальных факторов, ассоциированных с детско-подростковой аутоагрессией, декларируется психологическими комплексами ущербности вследствие пережитых в раннем детстве негативных жизненных событий или изолированности (смены привычного стереотипа жизни) вследствие переживаемого (пережитого) текущего негативного жизненного события (при сексуальных домогательствах, юношеской беременности и ее прерывании, смерти/тяжелой болезни родителей или сексуального партнера) и негативного эмоционального регистра чувствами отвержения любимым человеком («неудачная любовь»: ссоры, конфликты, оскорбления со стороны партнера или разрыв отношений с ним) [23, 26, 35, 43].

Психологический смысл детско-подросткового покушения на собственную жизнь имеет существенные отличия от такового среди взрослых. Крайне редко встречаются высоко летальные суицидоопасные позиции желая покончить с собой (не более чем в 10% случаев самопокушений): «отказа» от жизни (ухода от психотравмирующей ситуации без поиска путей отступления и выбора альтернативного решения) или «самонаказания» без предпринимаемых попыток конструктивного преодоления своих просчетов/недостатков; куда чаще (более чем в 80% случаев истинных самопокушений) – протестные формы самопокушений (пассивного протеста как конфронтации без борьбы или пассивного призыва как попытки активации помощи извне с целью изменения ситуации) [23, 26, 47]. Желание избежания непереносимости наличной угрозы путем самоустранения от нее (психологическая установка «пассивного избежания») в детско-подростковом возрасте в психотравмирующей суицидоопасной ситуации, как правило, обусловлено патопсихологическим компонентом душевного состояния (пониженным фоном настроения) и в ряде случаев при несвоевременном оказании помощи может послужить серьезным намерением для использования летальных способов самопокушения (падения с высоты, самоповешения и др.) [62].

Заключение. Потребность в изучении и систематизации национальных и современных фенологических переменных характеристик детско-подросткового суицидального поведения (биологических, социально-демографических, психопатологических, личностно-психологических, макро- и микросоциальных), на знании которых возможны последующая разработка и внедрение в практическое здравоохранение диагностических, лечебно-реабилитационных и профилактических стратегий и методик антисуицидальной направленности в детско-подростковой среде населения республики, крайне важна, что особо отмечено в Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы [63].

ЛИТЕРАТУРА

1. Лукашук, А.В. Характеристика детских и подростковых суицидов (обзор литературы) / А.В.Лукашук, М.Д.Филиппова, О.Ю.Сомкина // Российск. мед.-биол. вестн. им. акад. И.П.Павлова. – 2016. – №2. – С.137–143.
2. The interpersonal theory of suicide / K.A.van Orden [et al.] // Psychol. Rev. – 2010. – Vol.117, No.2. – P.575–600.
3. van Heeringen, K. Pathways to suicide: an integrative approach / K.van Heeringen, K.Hawton, J.M.G. Williams. – The International Book of Suicide and Attempted Suicide / K.Hawton, K.van Heeringen (Eds.). – New York: John Wiley & Sons Chichester, 2000. – P.9–28.
4. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals – Geneva: World Health Organization, 2017. – 103 p.
5. Войцех, В.Ф. Суицидология / В.Ф.Войцех. – М.: Миклоша, 2008. – 280 с.
6. Roy, A. Genetics, Biology and Suicide in the Family / A.Roy // Assessment and prediction of suicide / Maris R.Wet, ed. – New York, 1992. – P.574–588.
7. Familial pathways to early onset suicide attempt: a 5.6-year prospective study / D.A.Brent [et al.] // JAMA Psychiatry. – 2015. – Vol.72, No.2. – P.160–168.
8. Суицид и умышленное самоповреждение // Оксфордское руководство по психиатрии: пер. с англ. / М.Гельдер, Д.Гет, Р.Мейо. – Киев: Сфера, 1999. – Т.2. – С.64–85.
9. Генетические и нейробиологические особенности суицидального поведения. Обзор литературы / И.А.Байкова [и др.] // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2017. – Т.8, №4. – С.603–613.
10. Дюркгейм, Э. Самоубийство. Социологический этюд: пер. с франц. – 2-е изд. / Э.Дюркгейм. – Минск: «Мысль», 1994. – 399 с.
11. Varnik, P. Suicide in the World / P.Varnik // Int. J. Environ. Res. Public Health. – 2012. – Vol.9. – P.760–771.
12. Preventing suicide: a global imperative. – Geneva: World Health Organization; 2014. – 97 p.
13. Суициды в России и Европе / под ред. Б.С.Положего. – М.: ООО «Издательство МИА», 2016. – 212 с.
14. Семенова, Н.Б. Распространенность и факторы риска самоубийств среди коренных народов: обзор зарубежной литературы / Н.Б.Семенова // Суицидология. – 2017. – Т.8, №1 (26). – С.17–39.
15. WHO/EURO Multicenter Study on Parasuicide. Facts and figures / ed. U.Bille-Brache. – Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1999. – 99 p.

16. *Arsenault-Lapierre, G.* Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis / G.Arsenault-Lapierre, C.Kim, G.Turecki // *BMC Psychiatry*. – 2004. – Vol.4. – P.37.
17. Диагностика суицидального поведения: метод. рекомендации / М-во здравоохранения РФСР [Моск. НИИ психиатрии; сост.: А.Г.Амбрумова, В.А.Тихоненко]. – М.: Б.и., 1980 (вып. дан. 1981). – 48 с.
18. Suicidal attempts in child and adolescent and bipolar disorders / N.Dugand [et al.] // *L'Encephale*. – 2017. – Vol.843, No.1. – P.1–68.
19. *Bridge, J.A.* Adolescent suicide and suicidal behavior / J.A.Bridge, T.R.Goldstein, D.A.Brent // *J. Child Psychol. Psychiatry*. – 2006. – Vol.47, No.3–4. – P.372–394.
20. *Кернберг, О.Ф.* Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии / О.Ф.Кернберг. – М.: Класс, 2014. – 464 с.
21. *Schwald, O.* Кризисные интервенции при нарциссическом расстройстве личности [Электронный ресурс] / O.Schwald, G.Dammann; пер. с нем и ред. Л.Милевской. – 2007. – Режим доступа: http://milevska-psychotherapy.kiev.ua/statyi_view.php?cat=3&id=3. – Дата доступа: 10.01.2019.
22. Association of suicide attempts and non-suicidal self-injury behaviors with substance use and family characteristics among children and adolescents seeking treatment for substance use disorder / N.G.Doksat [et al.] // *Substance Use & Misuse*. – 2017. – P.1–10.
23. *Попов, Ю.В.* Суицидальное поведение у подростков / Ю.В.Попов, А.А.Пичиков. – СПб.: СпецЛит, 2017. – 366 с.
24. Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы) / Г.С.Банников [и др.] // *Суицидология*. – 2015. – Т.6, №4 (21). – С.21–32.
25. *Григоренко, Е.А.* Проблема суицидального поведения подростков (обзор литературы) [Электронный ресурс] / Е.А.Григоренко // *Научное обозрение. Медицинские науки*. – 2016. – №5. – С.40–45. – Режим доступа: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=926>. – Дата доступа: 10.01.2019.
26. *Дмитриева, Н.В.* Психологические особенности личности суицидальных подростков / Н.В.Дмитриева, Ц.П.Короленко, Л.В.Левина // *Вестн. Кемеровск. гос. ун-та*. – 2015. – №1-1 (61). – С.127–134.
27. *Сыроковашина, К.В.* Психологические факторы риска суицидального поведения у подростков [Электронный ресурс] / К.В.Сыроковашина, Е.Г.Дозорцева // *Консультативная психология и психотерапия*. – 2016. – Т.24, №3. – С.8–24. – Режим доступа: <https://dx.doi.org/10.17759/crp.20162403002>. – Дата доступа: 10.01.2019.
28. *Enns, M.W.* Personality predictors of outcome for adolescents hospitalized for suicidal Ideation / M.W.Enns, B.J.Cox, M.Inayatulla // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. – 2003. – Vol.42, No.6. – P.720–727.
29. *Kim, D.* Body-image dissatisfaction as a predictor of suicidal ideation among Korean boys and girls in different stages of adolescence: a two-year longitudinal study / D.Kim, H.Kim // *J. Adolesc. Health*. – 2009. – Vol.45, No.1. – P.47–54.
30. *Банников, Г.С.* Кризисные состояния у подростков (пресуицидальные маркеры, особенности личности, стратегии кризисной психотерапевтической помощи) [Электронный ресурс] / Г.С.Банников, К.А.Кошкин // *Медицинская психология в России*. – 2013. – №2 (19). – Режим доступа: http://mprj.ru/archiv_global/2013_2_19/number/pomer18.php. – Дата доступа: 10.01.2019.
31. *Кувшинова, Т.И.* Современные тенденции суицидального поведения детей и подростков-сирот / Т.И.Кувшинова, И.П.Овчинникова // *Суицидология*. – 2011. – №3. – С.41–43.
32. Suicidality, school dropout, and reading problems among adolescents / S.Daniel [et. al.] // *J. Learn. Disabil.* – 2006. – Vol.39. – P.507–514.
33. Perfectionistic self-presentation, socially prescribed perfectionism, and suicide in youth: a test of the perfectionism social disconnection model / P.L.Hewitt [et. al.] // *Suicide Life Threat. Behav.* – 2012. – Vol.42, No.2. – P.217–233.
34. *Любов, Е.Б.* СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть I / Е.Б.Любов // *Суицидология*. – 2012. – №3. – С.20–28.
35. Региональный аспект исследования суицидов среди подростков [Электронный ресурс]: отчет о научно-исследовательской работе в рамках государственного контракта на выполнение научно-исследовательских работ для государственных нужд города Москвы от 23 июля 2012 года №26 / под рук. Б.С.Положего. – Режим доступа: <http://www.ombudsman.mos.ru/node/19922>. – Дата доступа: 10.01.2019.
36. *Luxton, D.D.* Social media and suicide: a public health perspective / D.D.Luxton, J.D.June, J.M.Fairall // *Am. J. Public Health*. – 2012. – Vol.102, Suppl.2. – P.195–200.
37. *Hagihara, A.* Internet suicide searches and the incidence of suicide in young people in Japan / A.Hagihara, S.Miyazaki, T.Abe // *Eur. Arch. Psychiatr. Clinic. Neurosc.* – 2012. – Vol.262, No.1. – P.39–46.
38. The power of (Mis)perception: Rethinking suicide contagion in youth friendship networks / G.M.Zimmerman [et al.] // *J. Soc. Science Med.* – 2016. – Vol.157. – P.31–38.
39. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире / под ред. Э.Г.Круга [и др.]; пер. с англ. – М: Издательство «Весь Мир», 2003. – 376 с.
40. *Вихристюк, О.В.* Влияние средств массовой информации на суицидальное поведение подростков и молодежи (обзор зарубежных источников) [Электронный ресурс] / О.В.Вихристюк // *Современная зарубежная психология*. – 2013. – №1. – С.100–108. – Режим доступа: <http://psyjournals.ru/jmfp/2013/n1/58059.shtml>. – Дата доступа: 10.01.2019.
41. *Превенция самоубийств. Руководство для специалистов средств массовой информации* [Электронный ресурс] / пер. О.Ю.Донец; под ред. А.Н.Моховикова и В.А.Розанова. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2000. – 14 с. – Режим доступа: www.psichiater.med.cap.ru/home/1759/biblioteka/.../превенция%20су%20ми.pdf. – Дата доступа: 10.01.2019.
42. Risk factors for suicidal behavior in adolescents / B.D.Kirkcaldy [et al.] // *Minerva Pediatr.* – 2006. – Vol.58, No.5. – P.443–450.

43. Короленко, Ц.П. Самоубийство: психология, психопатология, терапия: учеб. пособие / Ц.П.Короленко, Н.В.Дмитриева, Ю.М.Перевозкина. – СПб.: СПбГИПСР, 2016. – 196 с.
44. Sadness, suicide, and their association with video game and internet overuse among teens: results from the youth risk behavior survey 2007 and 2009 / E.Messias [et al.] // *Suicide Life Threat. Behav.* – 2011. – Vol.41, No.3. – P.307–315.
45. Барденштейн, Л.М. Патологическая агрессия подростков / Л.М.Барденштейн, Ю.Б.Можгинский. – М.: ИД Медпрактика-М, 2005. – 260 с.
46. Bagge, C.L. Quantifying the impact of recent negative life events on suicide attempts / C.L.Bagge, C.R.Glenn, H.J.Lee // *J. Abnorm. Psychol.* – 2013. – Vol.122, No.2. – P.359–368.
47. Юрьева, Л.Н. Клиническая суицидология / Л.Н.Юрьева. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 470 с.
48. Казакова, Д.Ю. Проблема подросткового суицида в современной России / Д.Ю.Казакова, В.А.Липидус // *Фундаментальные и прикладные исследования: проблемы и результаты.* – 2013. – №9. – С.131–135.
49. Deykin, E.Y. A pilot study of the effect of exposure to child abuse or neglect on adolescent suicidal behaviour / E.Y.Deykin, J.J.Alpert., J.J.McNamara // *Am. J. Psychiatr.* – 1985. – Vol.142. – P.1299–1303.
50. Коренева, А.А. Взаимосвязь семейного воспитания и агрессивности в подростковом возрасте: дис. ... канд. психол. наук / А.А.Коренева. – М., 2004. – 128 с.
51. Зотов, П.В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция / П.В.Зотов. – СПб.: Речь, 2006. – 144 с.
52. Soole, R. Factors related to childhood suicides: analysis of the Queensland child death register / R.Soole, K.Kolves, D.DeLeo // *J. Affect. Disord.* – 2014. – Vol.174. – P.149–158.
53. Owens, D. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review / D.Owens, J.Horrocks, A.House // *Br. J. Psychiatr.* – 2002. – Vol.181. – P.193–199.
54. Заблоцкая, А.Г. Соотношение социальных и биологических факторов суицида подростков / А.Г.Заблоцкая // *Вестн. Волгоградск. академ. МВД России.* – 2009. – №3 (10). – С.188–191.
55. Brent, D.A. Familial transmission of suicidal behavior / D.A.Brent, N.Melhem // *Psychiatr. Clin. North Americ.* – 2008. – Vol.31, No.2. – P.157–177.
56. Федосова, И.В. Обеспечение эколого-психологической безопасности детей группы суицидального риска [Электронный ресурс] / И.В.Федосова, И.Н.Белозерцева // *Фундаментальные исследования.* – 2005. – №3. – С.98–100. – Режим доступа: www.rae.ru/fs/?section=content&op=show_article&article_id=7779966. – Дата доступа: 10.01.2019.
57. McFeeters, D. Patterns of Stressful Life Events: Distinguishing Suicide Ideators from Suicide Attempters / D. McFeeters, D. Boyda, S. O'Neill // *J. Affect. Disord.* – 2015. – Vol.175. – P.192–198.
58. Klomek, A.B. Child hood bullying behaviors as risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study / A.B.Klomek [et al.] // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* – 2009. – Vol.48, No.3. – P.254–261.
59. High lethality status in patients with borderline personality disorder / P.H.Soloff [et al.] // *J. Personalit. Disord.* – 2005. – Vol.19, No.4. – P.386–399.
60. Веселкова, Е.А. Психологические аспекты подросткового суицида: методическое пособие / Е.А.Веселкова, Л.М.Века. – Барнаул, 2006. – 73 с.
61. Interpersonal stress and suicidal ideation in adolescence: An indirect association through perceived burdensomeness toward others / V.Buitron [et al.] // *J. Affect. Disord.* – 2016. – Vol.190. – P.143–149.
62. Холмогорова, А.Б. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра [Электронный ресурс] / А.Б.Холмогорова, С.В.Воликова // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* – 2012. – №2. – Режим доступа: <http://medpsy.ru>. – Дата доступа: 10.01.2019.
63. Об утверждении государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 14 марта 2016 г., №200 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.

CAUSATIVE FACTORS AND MOTIVATION FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS' SUICIDAL BEHAVIOR

A.P.Gelda

Republican Scientific and Practical Center of Mental Health, 152, Dolginovsky Trakt, 220053, Minsk, Republic of Belarus

Children and adolescents all over the world are high-risk suicide groups of population. This article presents an overview characteristic of causal, motivational and phenomenological features of suicidality among children and adolescents. Knowledge of these features enables differential approach for developing strategies to prevent suicidal acts among children and adolescents.

Keywords: children and adolescents; suicidal behavior.

Сведения об авторе:

Гелда Анатолий Петрович, канд. мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», лаборатория клинико-эпидемиологических исследований, ведущий научный сотрудник; тел.: (+37517) 3802307, (+37544) 5799126; e-mail: radiant.97@mail.ru.

Поступила 11.01.2019 г.