

## Клиническо-психологические характеристики несовершеннолетних и оценка суицидального риска при возникновении у них суицидального поведения

Ю.А. Фесенко<sup>1,2</sup>, доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической психологии ([yaf1960@mail.ru](mailto:yaf1960@mail.ru)); ORCID: 0000-0002-0512-936X;

М.В. Романовская<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук, главный врач ([m1901rom@yandex.ru](mailto:m1901rom@yandex.ru));

Д.А. Бычковский<sup>1</sup>, клинический психолог ([dmitry\\_ab@mail.ru](mailto:dmitry_ab@mail.ru)).

<sup>1</sup> Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина (197022, г. Санкт-Петербург, ул. Чапыгина, д. 13, литер A);

<sup>2</sup> Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., 2).

Статья посвящена исследованию клинических и экспериментально-психологических характеристик у детей и подростков с суицидальным поведением, а также оценки риска суицидального поведения у несовершеннолетних, совершивших суицидальную попытку и получающих помощь у психиатра. Результаты клинического и экспериментально-психологического исследований показали отсутствие повторных попыток суицида в клинической группе, снижения риска суицида до умеренного в разных возрастных группах, после года наблюдения и оказания медикаментозной терапии, психокоррекции и психотерапии.

**Ключевые слова:** суицидальное поведение, несовершеннолетние, депрессивные и тревожные симптомы, психокоррекция, психотерапия.

### Clinical and psychological characteristics of minors and assessment of their suicide risk when they exhibit suicidal behavior

Ю.А. Фесенко<sup>1,2</sup>, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Clinical Psychology ([yaf1960@mail.ru](mailto:yaf1960@mail.ru)); ORCID: 0000-0002-0512-936X;

М.В. Романовская<sup>1</sup>, Candidate of Medical Sciences, Chief Physician ([m1901rom@yandex.ru](mailto:m1901rom@yandex.ru));

Д.А. Бычковский<sup>1</sup>, clinical psychologist ([dmitry\\_ab@mail.ru](mailto:dmitry_ab@mail.ru)).

<sup>1</sup> St. Petersburg State Public Health Institution S.S. Mnukhin Center for Rehabilitation Treatment of Child Psychiatry (letter A, 13, Chapygina St., St. Petersburg, 197022);

<sup>2</sup> Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “St. Petersburg State Pediatric Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation (2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100).

The article is devoted to the study of clinical and experimental-psychological characteristics in children and adolescents with suicidal behavior, as well as the assessment of the risk of suicidal behavior in minors who have attempted suicide and are receiving psychiatric care. The results of clinical and experimental psychological studies showed no repeated suicide attempts in the clinical group, a decrease in the risk of suicide to moderate in different age groups, after a year of observation and the provision of drug therapy, psychocorrection and psychotherapy.

**Keywords:** suicidal behavior, adolescents, depressive and anxiety symptoms, councelling, psychotherapy.

**Актуальность.** По данным Всемирной Организации Здравоохранения, число самоубийств, совершаемых детьми и подростками, за последние 45 лет во всем мире увеличилось на 60 % или в 30 раз, а молодежь является группой с наивысшим риском. Количество молодых людей, совершающих самоубийства, увеличилось более чем в три раза еще в середине-конце 20-го века — за период с 1959 по 1993 год, и увеличение количества самоубийств особенно заметно у молодых людей в возрасте после 14 лет [10].

Из доклада ВОЗ в 2024 г. следует, что самоубийство является третьей по значимости причиной

смерти среди людей в возрасте 15–29 лет. Ежегодно более 720 000 человек умирают в результате самоубийства. На каждое самоубийство приходится гораздо больше людей, которые пытаются покончить с собой.

Данные государственной статистики в России свидетельствуют, что частота суицидальных действий среди молодежи в течение последних двух десятилетий выросла в 2 раза, а количество детей и подростков, покончивших с собой, составляет 16 % от общего числа умерших от неестественных причин. За последние 5 лет жизнь самоубийством покончили 14 157 несовершеннолетних, ежегодно

погибает около 2 800 детей и подростков в возрасте от 5 до 18 лет (эти случаи не учитывают число попыток суицида). В п. 16 Указа Президента РФ от 17.05.2023 N 358 «О стратегии комплексной безопасности детей в Российской Федерации на период до 2030 года» [8] с тревогой отмечено: «Преобладающими внешними причинами смертности среди детей в возрасте до 17 лет включительно (97 процентов всех случаев) остаются дорожно-транспортные происшествия, утопление, удушение, отравление (в том числе алкоголем, медикаментами, средствами бытовой химии), падение с высоты, самоубийство, несчастные случаи в результате неосторожного обращения с огнем, несчастные случаи на транспорте, убийство. Около 8 процентов общего числа случаев смерти детей составляют случаи самоубийства».

Причины самоубийств зависят от социальных, культурных, биологических, психологических и экологических факторов, присутствующих на протяжении всей жизни.

Стадии суицидального процесса можно рассматривать как попытки разрешить различные внутренние психические и внешние конфликты, найти новые средства приспособления к невыносимой жизненной ситуации, послать «крик о помощи». Суицидальные мысли, как начало суицидального процесса, являются важным предвестником самоубийства [16]. На течение и исход стадий суицидального процесса влияют факторы риска и защитные факторы [17].

Несовершеннолетние, подверженные риску суицида, имеют высокий уровень психологического стресса. Для некоторых молодых людей суицидальные попытки и несуицидальные самоповреждения являются способом выразить сильную эмоциональную боль. Дети и подростки с диагностированными психическими расстройствами имеют значительно более высокие показатели суицидальных мыслей и поведения, чем те, у кого их нет. В частности, юноши и девушки с диагнозами: биполярное расстройство, депрессивные расстройства, шизофрения, расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, и расстройствами поведения подвергаются большему риску, чем не имеющие психиатрического диагноза (условно здоровые). Многие из психических расстройств у молодых людей остаются незамеченными и не лечатся, что подчеркивает важность надлежащей психиатрической помощи как одного из ведущих компонентов профилактики самоубийств.

В литературе описано множество различных провоцирующих факторов для суицида (например, [13, 15]):

- Трудные времена переходного характера (например, развод родителей, разрыв романтических отношений, переход в новую школу, выпускной).
- Значительное социальное смущение или неудача.

- Запугивание или другая виктимизация.
- Социальная изоляция.
- Интенсивные конфликты с друзьями, семьей, школьными властями или законом.
- Начало тяжелого заболевания у себя или члена семьи.
- Серьезное злоупотребление алкоголем или психоактивными веществами.
- Самоубийства сверстников или знаменитостей.
- Годовщина серьезной травмы или болезненного события в жизни.
- Подтверждение нежелательной беременности.
- Конфликт из-за формирующейся сексуальной идентичности.
- Необходимость брать на себя значительную ответственность, не имея при этом эмоциональных ресурсов и навыков для этого.

Существует множество предупредительных признаков самоубийства среди детей и подростков [14]. Вот некоторые из наиболее часто встречающихся:

- Угроза причинить себе боль или убить себя, или говорить о желании причинить себе боль или убить себя (80 % подростков, которые покончили жизнь самоубийством, до своей смерти говорили кому-то, что они хотят умереть или планируют покончить с собой). Это может звучать как косвенные комментарии, такие как: «Я больше не буду для тебя проблемой», «Ничего не имеет значения», «Это бесполезно» и «Я больше тебя не увижу».
- Поиск способов покончить с собой, поиск доступа к огнестрельному оружию, таблеткам или другим опасным для жизни средствам.
- Говорят или пишут о смерти, умирании или самоубийстве, особенно когда эти действия необычны для человека.
- Уход от друзей и семьи.
- Заметное изменение личности или резкие перепады настроения.
- Демонстрация импульсивности, например, насилистственные действия, бунтарское поведение, или уходы и бродяжничество.
- Трудности с концентрацией внимания.
- Проблемы в школе (отказ от школьных занятий, потеря интереса).
- Отказ от помощи, ощущение утраты поддержки окружающих.
- Самоповреждающее поведение.
- Чувство ярости, неконтролируемого гнева или жажды мести.
- Ощущение, будто попали в ловушку, из которой нет выхода.
- Чувство беспокойства, возбуждения, или неспособность заснуть, или постоянная сонливость.
- Раздача ценных вещей.
- Составление завещания или написание прощальных писем.
- Не видят причин для существования или не имеют смысла в жизни.

Защитный фактор может быть определен как характеристика, которая снижает вероятность в будущем суицидального поведения в целом, или фактор, который снижает его вероятность в группах высокого риска. Принято выделять внутренние защитные факторы, являющиеся внутренними характеристиками (например, сострадание к себе), и внешние защитные факторы, представляющие собой экзогенные характеристики (например, социальная поддержка).

Один из вариантов классификации факторов риска и защитных факторов — это оценка количества времени, которое проходит между проявлением фактора и возникновением суицидального поведения. Дистальные (отдаленные) факторы риска предсказывают попытки суицида, которые происходят на временном расстоянии от фактора риска (например, в последующие месяцы или годы), тогда как проксимальные (ближайшие) факторы риска так влияют на попытки суицида в будущем, что они возникают вскоре после проявления фактора риска (в последующие часы, дни или недели). И, если возникновение дистальных факторов риска указывает на повышенный риск некоторых будущих попыток суицида, то они могут помочь определить тот круг лиц, которым будет полезна выборочная профилактика суицидальности. Непосредственные же факторы риска могут быть особенно полезны для оценки риска и краткосрочных вмешательств, поскольку возникновение непосредственного фактора риска указывает на повышенный риск попытки суицида в краткосрочной перспективе [4].

При определении состояния риска важно различать статус риска и учитывать уровень хронического риска. Статус риска или уровень хронического риска определяется суицидальным и несуицидальным самоповреждающим поведением молодых людей в анамнезе. Предыдущая попытка самоубийства является самым значимым предиктором самоубийства, особенно у мальчиков. За последние несколько лет все большее число исследований посвящено самоповреждающему поведению, особенно широко распространенному среди девушек, и разработке веб-сайтов, связанных с самоповреждением, пользователями которых чаще всего молодые девушки и являются. Были выявлены наиболее распространенные темы, которыми делятся в блогах молодые люди, наносящие себе вред (был проведен тематический анализ блогов, касающихся поведения, причиняющего самоповреждение). Обнаружены четыре тематических блока: «проблемные отношения с другими»; «скрытое «Я»»; «одиночество, ненависть и вина: меланхоличные эмоции»; «акт самоповреждения» [4].

**Цель исследования:** оценить уровень риска суицидального поведения у подростков с суицидальным и самоповреждающим поведением, выделить клинические и экспериментально-психологические особенности несовершеннолетних с риском суицидального поведения.

**Материалы и методы:** в группу исследования вошли юноши и девушки, совершившие суицидальную попытку, совмещенную с периодическим самоповреждающим поведением (самопорезы). Подростки находились под наблюдением психиатров районного ПНДО, проходили клиническую и экспериментально-психологическую диагностику в кризисном, психотерапевтическом и на организационно-методическом отделениях.

В исследовании принимали участие 49 человек: 24 подростка и 25 юношей и девушек, наблюдавшихся у психиатра, получавших лечение, психокоррекцию и психотерапию в различных подразделениях ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина.

Были выделены две возрастные группы: 12–15 лет (младшая) — 20 девушек и 7 юношей, и 16–18 лет (старшая) — 18 девушек и 4 юноши. Всего в исследовании принимали участие 38 девушек и 11 юношей (49 человек). Средний срок наблюдения: младшая возрастная группа — 6,3 месяца, старшая — 1,6 года.

Распределение исследуемых по полу и возрасту представлено в табл. 1.

Таблица 1  
Распределение исследуемых по полу и возрасту  
Distribution of subjects by gender and age

Экспериментальная группа	Количество	Юноши	Девушки
12–15	27	7	20
16–18	22	4	18
Всего:	49	11	38

Распределение исследуемых по диагнозам представлено в таблице 2.

Таблица 2  
Распределение исследуемых по диагнозам  
Distribution of subjects by diagnosis

Диагноз	Количество пациентов
F 31	3
F 32	4
F 32.1	5
F 32.11	6
F 41.2	8
F 43.21	7
F 50	7
F 92.8	9

## МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Клинический.** Проводилась клиническая оценка риска суицидального поведения, оценка симптомов депрессии, тревожности, агрессивности, импульсивности, конфликтности, нарушений поведения, аддикций.

**Экспериментально-психологические методы.** Основной целью экспериментально-психологического исследования являлась оценка выражен-

ности суициального риска, сопутствующих факторов, выраженных тревожных и депрессивных симптомов, дисгармоничности личности, низкого уровня социальной адаптации, признаков импульсивности, внутриличностных конфликтов, эмоционального дискомфорта, интеллектуальных возможностей исследуемого.

Методика, рекомендованная для оценки суициального риска: Колумбийская шкала оценки тяжести суициальности C-SSRS имеет, по нашему мнению, ограниченные возможности для применения при обследовании вне стационара: в большинстве случаев нет уверенности в достаточном контроле поведения подростка со стороны родителя.

В нашем исследовании в 25 случаях была возможность применения методики Шкала суициальных мыслей Бека (SSI) [12], адаптированной для русскоязычной выборки.

При исследовании применялись опросник суициального риска (ОСР) Шмелева А.Г. и Беляковой И.Ю. [9], Опросник детской депрессии М. Ковач (Childs depression inventory, CDI) [2], Шкала депрессии Бека [11], Шкала депрессии Зунга [18], методика МЦВ (метод цветовых выборов; тест Люшера) [6], методика Интегративный тест тре-

вожности [1], Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) [5], тест личностных акцентуаций [3], Методика склонности к отклоняющему поведению (СОП) Орел А.П. [7], методика Векслера.

**Результаты.** Клинический уровень суициального риска, при условии наблюдения у психиатра, медикаментозной терапии, оценивался как умеренный (вид наблюдения Д-3, Д-4). Средний уровень по методике SSI — 18,3 балла (высокий риск). На первый план выходят отношение к жизни / смерти (слабое желание жить, одинаковые доводы в пользу жизни и смерти) и характеристики идеаторной суициальной активности (периодически возникающие достаточно продолжительные мысли о суициде, неуверенность в контроле собственного суициального поведения, амбивалентное отношение к суициальным мыслям / желаниям).

Выявленные экспериментально-психологическим способом характеристики исследуемых представлены в табл. 3.

## ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

**Младшая возрастная группа.** В исследовании выявляется высокий уровень тревоги (как пси-

Таблица 3

Экспериментально-психологические характеристики  
Experimental and psychological characteristics

Возрастные группы	12-15 лет (M; SD)	16-18 лет (M; SD)	p (достоверность различий)
IQ (методика Векслера WISC)	Средняя возрастная норма	Низкая возрастная норма	
Уровень депрессии (А. Бек)	30,5 (высокий уровень)	34,2 (высокий уровень)	
Уровень депрессии (В. Зунг)	45,3 (ниже диагностически значимого)	57,5 (уровень легкой депрессии)	p <0,005
Ситуативная тревожность (ИТТ; Бизюк А.П. и др.)	8,5	6,3	p <0,005
Личностная тревожность (ИТТ; Бизюк А.П. и др.)	8,7	5,9	p <0,005
Негативное настроение (М. Ковак)	5,2	8,5	
Межличностные проблемы (М. Ковак)	4,1	3	
Неэффективность (М. Ковак)	3,2	3,7	
Ангедония (М. Ковак)	7,2	8,5	
Негативная самооценка (М. Ковак)	2,1	4,3	
СО (Суммарное отклонение; МЦВ по Л.Н. Собчик)	27,5	26,3	
Вегетативный индекс (МЦВ; Л.Н. Собчик)	1,3	0,9	
Демонстративность (ОСР; А.Г. Шмелев, модиф. Т.Н. Разуваевой)	4,1	4,0	
Аффективность (ОСР; А.Г. Шмелев)	5,3	5,5	
Уникальность (ОСР; А.Г. Шмелев)	4,0	4,1	
Социальный пессимизм (ОСР; А.Г. Шмелев)	3,2	5,2	
Слом культурных барьеров (ОСР; А.Г. Шмелев)	4,2	2,1	
Максимализм (ОСР; А.Г. Шмелев)	4,2	3,7	
Временная перспектива (ОСР; А.Г. Шмелев)	4,5	5,3	
Антисуицидальный фактор (ОСР; А.Г. Шмелев)	1,2	1,4	
Преобладающая акцентуация характера (В.П. Дорощенко)	тревожная	демонстративная	
ПДО (А.Е. Личко)	Смешанная, лабильная, тревожная	Смешанная, истероидная, циклотимная, дистимичная	

Сокращения: M — среднее значение; SD — стандартное отклонение; IQ — коэффициент интеллекта; ИТТ — интегративный тест тревожности; МЦВ — метод цветовых выборов; ОСР — опросник суициального риска; ПДО — патохарактерологический диагностический опросник.

хического состояния) у высоко тревожной личности: в особенностях актуального психического состояния реализована отчетливая личностная предрасположенность подростков к аффективным нарушениям. Психическое состояние испытуемых в момент исследования характеризовалось значительно выраженным эмоциональным дискомфортом, существенно пониженным фоном настроения. Характерны: сосредоточенность на личных переживаниях, чрезмерный субъективизм, склонность интерпретировать внешние сигналы как побуждение к самооцениванию и самоанализу, повышенная рефлексивность, сенситивность; повышенная восприимчивость к внешним раздражителям, тенденция интерпретировать их как потенциальную угрозу, настороженность; трудности в контролировании эмоциональных реакций. В актуальном психическом состоянии преобладают следующие тенденции: низкий жизненный тонус, ощущение утомления, недостатка энергии, немотивированные опасения, чувство неподконтрольности актуальной ситуации, неустойчивость самооценки со склонностью к формированию идей недостаточной ценности своей личности, выраженная аффективная напряженность, лабильность настроения, раздражительность, готовность к отреагированию негативных эмоций.

В структуре суицидальных факторов показатели повышены по большинству шкал. Выражены: **аффективность, демонстративность, временная перспектива (ВП)**. Характерно доминирование эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации, готовность реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно эмоционально, желание привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания, невозможность конструктивного планирования будущего. Это может быть следствием сильной погруженности в настоящую ситуацию, трансформацией чувства неразрешимости текущей проблемы в глобальный страх неудач и поражений в будущем.

**Диагностированы низкие значения Атисуицидального фактора:** нет понимания чувства ответственности за близких, чувства долга, представления об ошибочности самоубийства, антиэстетичности, боязни боли и физических страданий.

**Старшая возрастная группа.** Характерен смешанный тип акцентуации характера с преобладающими истероидными, циклотимными, дистимичными чертами. Уровень акцентуации характера, в среднем, существенно выше минимального диагностического числа (10,5). Характерен риск социальной дезадаптации, возможность формирования личностного расстройства. В контакте — откровенные, пессимистичные, упрямые, принципиальные. В эмоциональном фоне преобладают внутреннее напряжение, дискомфорт, неудовлетворенность. Характерны колебания настроения, работоспособности, самооценки, не-

устойчивый рисунок поведения. Уровень адаптивных возможностей низкий. Выявлено снижение социальной адаптации. Депрессивные проявления — уровень легкой депрессии (Зунг). По шкале Бека — уровень депрессии средней тяжести с преобладанием когнитивно-аффективных проявлений.

В структуре суицидальных мотивов, как и у младших подростков, выявлен высокий уровень демонстративных тенденций, высокая аффективность и социальный пессимизм. Преобладают риск «шантажных» действий, доминирование эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации. Готовность реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно эмоционально. Характерна отрицательная концепция окружающего мира, восприятие мира как враждебного, не соответствующего представлениям о нормальных или удовлетворительных для человека отношениях с окружающими. На среднем уровне выражены «несостоятельность» и ВП. Характерна отрицательная концепция собственной личности: представление о своей несостоятельности, некомпетентности, ненужности, «выключенности» из мира.

Группы исследования значимо различались по уровню ситуативной и личностной тревожности, уровню депрессивных симптомов. Для младшей возрастной группы более выражены симптомы тревожности, в старшей преобладают симптомы депрессии.

На основании клинической оценки пациентов и данных их экспериментально-психологического исследования было проведено психофармакотерапевтическое, психотерапевтическое лечение и психокоррекция выявленных нарушений, что отражено в табл. 4.

На снижение уровня депрессии и тревожности оказывали влияние показатели — оформление на домного обучения, психообразование родителей и разрешение семейных конфликтов (давления со стороны матери и неприятие отцом) и конфликтных ситуаций в школе. Проведение групповой и индивидуальной психотерапии и психокоррекции, детско-родительской терапии в 85 % случаев

Таблица 4

Проведенное лечение  
The treatment performed

Виды помощи	Количество подростков	Процентное соотношение
Наблюдение у психиатра	49	100 %
Медикаментозное лечение	49	100 %
Психокоррекция индивидуальная	49	100 %
Психотерапия и медикаментозное лечение	49	100 %
Психокоррекция групповая	25	50,3 %
Консультация родителей (семейная терапия)	49	100 %
Лечение в стационаре	11	20,4 %

ограничивалось кратковременным посещением (не более трех встреч, занятий), и это практически не связывалось со снижением уровня тревожности и депрессивных симптомов.

## ВЫВОДЫ

1. Возрастные группы различаются по времени наблюдения и медицинского сопровождения. В старшей группе несовершеннолетних риск суицидального поведения клинически оценивался как умеренный, младшая группа оценивалась с более высоким уровнем риска суицидального поведения. Количественная оценка риска суицидального поведения экспериментально-психологическими методами в младшей группе затруднена, в старшей группе риск оценивался как высокий (средний уровень по методике SSI (Бек) — 18,3 балла). На первый план выходят отношение к жизни / смерти (слабое желание жить, одинаковые доводы в пользу жизни и смерти) и характеристики идеаторной суицидальной активности (периодически возникающие достаточно продолжительные мысли о суициде, неуверенность в контроле собственного суицидального поведения, амбивалентное отношение к суицидальным мыслям / желаниям).

2. Исследованные группы подростков с риском суицидального поведения характеризуются высоким уровнем тревожных и депрессивных симптомов, значительной дисгармоничностью личностных черт, более высоким уровнем акцентуированных черт характера в сравнении с условно здоровыми подростками. Для младшей возрастной группы более характерны тревожные симптомы, в старшей преобладают депрессивные проявления.

4. Анализ анамнестических данных группы старших подростков показал, что наблюдение у психиатра, с посещением не реже одного раза в три месяца, психообразование родителей на тему суицидального поведения, медикаментозное лечение противотревожными препаратами, в 60 % случаев — антидепрессантами, индивидуальная и групповая психокоррекция, оформление надомного обучения и разрешение конфликтных ситуаций в школе, — снижают уровень риска суицидального поведения (на всю выборку — не было повтора суицидальной попытки, 5 случаев самоповреждающего поведения, 11 добровольных госпитализаций на стационарное отделение при ухудшении психологического состояния).

5. Сравнение данных клинических наблюдений и экспериментально-психологических исследований у старшей возрастной группы (данные более чем за год наблюдения подростков) свидетельствуют о сложности изученной группы: неустойчивости повторяющихся результатов методик на уровень депрессии и тревожности, противоречивости данных подростков в контакте, некачественном комплайенсе: большинство просят о помощи, при этом не организованы в соблюдении назначений,

нерегулярны и капризны в посещении психотерапевтических сеансов, склонны к импульсивным и демонстративным поступкам.

6. Оценка риска суицидального поведения, психологических особенностей, уровня эмоциональных нарушений — являются одними из значимых задач при сопровождении подростков с риском суицида с целью проведения вторичной профилактики.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несовершеннолетние с суицидальным поведением являются одной из самых сложных категорий пациентов для специалистов всех профессий, работающих с детьми. Оценка риска суицидального поведения, психологических особенностей, уровня эмоциональных нарушений — являются одними из значимых задач при сопровождении подростков с риском суицида с целью проведения вторичной профилактики. Суицидальное поведение подростков часто сопровождается сопутствующими нарушениями в виде депрессии, тревожных расстройств, девиантными и аддиктивными формами поведения, и требует перманентной клинической и клинико-психологической оценки у них уровня риска суицидального поведения.

### Литература

1. Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тревожности. СПб.: НИПИИ, 2005. 23 с.
2. Воликова С.В., Калина О.Г., Холмогорова А.Б. Применение опросника детской депрессии М. Ковак (CDI). М.: МНИИП, 2010. 300 с.
3. Дворченко В.П. Тест личностных акцентаций: Модифицир. вариант методики ПДО. СПб.: Речь, 2002. 111 с.
4. Иванов Д.О., Романовская М.В., Андреева Е.Ю., Фесенко Ю.А., Бычковский Д.А. Диагностика, лечение, психокоррекция и профилактика суицидального поведения несовершеннолетних. Методические рекомендации. СПб.: СПбГПУ, 2023. 76 с.
5. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков и опыт его практического использования / Под ред. А.Е. Личко, Н.Я. Иванова. Л., 1976. 101 с.; 2-е изд. М.: Фолиум, 1995. 64 с.
6. Собчин Л.Н. МЦВ — метод цветовых выборов. Модифицированный восьмивидовой тест Люшера : Практ. рук. СПб.: Речь, 2001. 99 с.
7. Солоницына М.А. и др. Диагностическая информативность методики «Определение склонности к отклоняющемуся поведению» (А.Н. Орел): проблемы практического применения. РЕМ: Psychology. Educology. Medicine, 2016. №2. С. 199-231.
8. Указ Президента РФ от 17.05.2023 N 358 «О стратегии комплексной безопасности детей в Российской Федерации на период до 2030 года».
9. Шмелев А.Г., Белякова И.Ю. Опросник суицидального риска. Практикум по психодиагностике. М.: МГУМ, 1992. С. 8.
10. Afifi T.O., Cox B.J., Laurence K.Y. (2007). The associations between health risk behaviours and suicidal ideation and attempts in a nationally representative sample of young adolescents. The Canadian Journal of Psychiatry. Vol. 52. P. 666-674.
11. Beck A.T. et al. (1961). An inventory for Measuring Depression. Archives of general psychiatry. Vol. 4. N 6. Pp. 561-571.
12. Beck A.T., Steer R.A., Ranieri W.F. (1988). Scale for Suicide Ideation: Psychometric properties of a self-report version. Journal of Clinical Psychology. Vol. 44(4). P. 499-505.
13. Capuzzi D., Gross D.R. (2004). The adolescent at risk for suicidal behavior (pp. 275-303). In D. Capuzzi, D.R. Gross (Eds.), Youth at risk: A prevention resource for counselors, teachers and parents. Alexandria, VA: Pearson Education.
14. Lazear K., Roggenbaum S., Blase K. (2003). Youth suicide prevention school-based guide.
15. McEvoy M.L., McEvoy A.W. (1994). Preventing youth suicide: A handbook for educators and human service professionals. Holmes Beach, FL: Learning Publications.
16. Nock M.K. et al. (2008). Cross national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. The British Journal of Psychiatry. Vol. 192. P. 98-105.
17. Wasserman D. (2001). A stress vulnerability model and the development of the suicidal process. In D. Wasserman (Ed.), Suicide: An unnecessary death (pp. 13-27). London: Martin Dunitz.
18. Zung W.W., Richards C.B., Short M.J. (1965). Self-rating depression scale in an outpatient clinic. Further validation of the SDS. Arch Gen Psychiatry. Vol. 13(6). P. 508-15.