

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ВЫЯВЛЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПОДРОСТКОВ

© Виталий Витальевич Конончук¹, Ирина Анатольевна Платонова¹, Алексей Трофимович Давыдов², Александр Иванович Тюкавин¹

¹ ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации. 197376, Санкт-Петербург, ул. Профессора Попова, д. 14, лит. А

² ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации. 195067, Россия, Санкт-Петербург, ул. Бестужевская, 50

Контактная информация: Виталий Витальевич Конончук — старший преподаватель. Кафедра физиологии и патологии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: terebovlya1974@mail.ru.

РЕЗЮМЕ. В работе показана прямая корреляционная зависимость наличия тестовых показателей суицидального риска от различных уровней и групп психической адаптации в динамике, показателей нервно-психической устойчивости и типов темперамента, показана связь завершенных суицидов от уровня психической адаптации и типов темперамента. Предложена модель выявления суицидального риска и профилактики суицидального поведения у подростков.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: подростки, суицидальный риск, суицидальное поведение, нервно-психическая устойчивость, уровень психической адаптации, диспансерно-динамическое наблюдение, медико-организационные мероприятия, психопрофилактика.

TO ORGANIZATION OF SUICIDAL RISK ASSESSMENT IN ADOLESCENTS

© Vitaly V. Kononchuk¹, Irina A. Platonova¹, Aleksey T. Davydov², Aleksandr I. Tyukavin¹

¹ Saint-Petersburg State chemical-pharmaceutical Academy of the Ministry of health of the Russian Federation. 197376, St. Petersburg, Professor Popov St., 14, lit. A

² St. Petersburg scientific-practical Center of the medico-social expertise, prosthetics and rehabilitation of the disabled them. G.A. Albrecht. 195067, Russia, St. Petersburg, Bestuzhevskaya St., 50

Contact information: Vitaly V. Kononchuk — senior lecturer. Department of Physiology and pathology GBOU HPE «Saint-Petersburg State chemical-pharmaceutical Academy of the Ministry of health of the Russian Federation. E-mail: terebovlya1974@mail.ru.

ABSTRACT: The work shows a direct correlation to the availability of test indicators of suicidal risk from various levels and groups of mental adaptation in Dynamics, neuro-mental sustainability and types of temperament, illustrates the relationship of completed suicides from the level of mental adaptation and types of temperament. The model identification of suicidal risk, and prevention of suicidal behavior in teenagers.

KEY WORDS: adolescents, suicidal risk, suicidal behaviour, neuro-psychical stability, level of mental adaptation, outpatient follow-up, care arrangements, psychoprophylaxis.

В настоящее время в РФ одной из наиболее актуальных является проблема детско-юношеских суицидов и высокого суицидального риска (СР). Так, среди неестественных причин смертности и инвалидности, суициды у несовершеннолетних занимают первое место в Европе и одно из первых мест в мире [21]. За последнее десятилетие число самоубийств среди молодежи выросло в 3 раза.

Ежегодно, каждый двенадцатый подросток в возрасте 15–19 лет пытается совершить попытку самоубийства. В России показатель суицида среди молодежи на 100 тыс. составляет 20, что превышает средний мировой показатель в 2,7 раза [4, 7].

В анализируемой литературе в настоящее время отсутствуют статистические данные количества детей и



подростков, которые имеют СР и неизвестна распространенность суицидального поведения (СП) в нашей стране и за рубежом [6, 16]. Также отсутствуют данные и о том, какое количество детей и подростков в РФ и в других странах совершали суицидальные действия. Доступных литературных и статистических данных развития СП у лиц с тестовыми показателями СР (далее — СР) при медико-психологических исследованиях не обнаружено. В научной литературе недостаточно публикаций по оценке СР и СП, в частности, в динамике. До сих пор неизвестно, изменяются ли эти показатели в динамике, или они статичны. Большинство существующих суицидологических служб в РФ не имеют детско-подросткового звена, а имеющиеся суицидологические службы базируются в своей деятельности на устаревших представлениях и используют в основном косвенные психодиагностические методики, не позволяющие выявлять СР [9].

СР отражает интегральную оценку степени вероятности возникновения суицидальных побуждений, формирования СП и осуществления суицидальных действий. СП является социально-психологической дезадаптацией личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта с последующим вариантом поведения личности, которое характеризуется осознанным желанием покончить с собой [1, 2, 17]. Собственно суицидальным поведением называются любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни [18]. В настоящее время СР определяется с помощью различных методик, в том числе, МЛО «Адаптивность 200 плюс» и Кучера-Костюкевича. Показатели СР измеряются в стэхах. Классифицируется СР, как высокий, средний, низкий и отсутствие СР. Между тем, С. А. Игумнов (2007), исследуя особенности СП подростков, приходит к выводу, что в раннем постсуицидальном периоде у лиц, совершивших суицид впервые, СР был низкий в 94,8% случаев, средний в 3,6%, и высокий в 1,6% случаев. У подростков, которые совершили суицидальные действия повторно, доля лиц с низким СР уменьшилась до 73,3%, а доли лиц со средним СР и высоким СР увеличились до 16,7 и 10% случаев соответственно [5]. Эти показатели говорят о том, что для совершения суицида выраженность тестовых показателей СР не существенна. Важным является его наличие.

До настоящего времени в существующей системе СР является не в полной мере, а отдельные вопросы используемых психодиагностических методик свидетельствуют лишь о косвенных признаках СР. Рекомендуемые методики выявления СР «МЛО-Адаптивность 200 плюс» и Кучера-Костюкевича оказались недостаточно валидными и не в полной мере позволяли выявлять СР. Они отражают лишь субъективную информацию обследуемого о себе, которая могла быть целенаправленно им искажена.

Несмотря на продолжающееся ухудшение здоровья подростков, в образовательных заведениях и при первоначальной постановке подростков на воинский учет (ППВУ) СР до

сих пор не определяется. Возрастает необходимость улучшения выявления СР и профилактики СП [3, 15].

В связи с этим, представляется актуальным определять СР у подростков в образовательных заведениях и при медико-психологическом обследовании при ППВУ, исходя из объективных динамических показателей психической адаптации по типам темперамента (ТТ).

До настоящего времени не существует достоверных признаков, по которым можно было бы выявить человека, готовящегося к самоубийству, как нет и лекарства, ликвидирующего СР. Трудность решения проблемы самоубийств связана и с тем, что ситуации, которые приводят человека к самоубийству имеют чрезвычайно широкий диапазон, а наиболее сложным является предупреждение суицидальных происшествий в следствие отсутствия четких критериев суицидальной опасности [10, 20].

Так же, до настоящего времени отсутствует единое понимание и определение, что такое СР. Само понятие «суицидальный риск» подразумевает несколько значений: 1 — вероятность возникновения любой формы СП, то есть общий СР; 2 — вероятность реализации уже имеющихся суицидальных намерений, то есть риск суицидальных действий — покушение на самоубийство; 3 — вероятность рецидива суицидальных актов, то есть риск повторных суицидов [13]. Глоссарий суицидологических терминов определяет СР, как степень вероятности возникновения суицидальных побуждений, формирования СП и осуществления суицидальных действий [19]. Амбрумова А. Г. (1974) определяет понимание СР, как потенциальную готовность покончить с собой [2]. По рекомендации ВОЗ (2000) и U. S. Department of Defense (2013) выявление и оценка СР проводится при наличии соответствующих жалоб и клинических проявлений во время обращения за помощью [11, 22]. Ведущим является клинико-психопатологический метод и внимательный клинический опрос. Существующие различные шкалы оценки СР являются второстепенными и вспомогательными. Особо указывается, что пациенты, имеющие серьезные намерения покончить с собой, могут намеренно скрывать у себя суицидальные мысли и намерения [11, 22].

Определение тестовых показателей СР начинается только после прибытия молодого пополнения к местам службы. Так, в настоящее время СР определяется с помощью методики многопрофильного личностного опросника (МЛО) «Адаптивность 200 плюс». Показатели СР измеряются в стэхах. Классифицируется СР как высокий, средний, низкий и его отсутствие. Основным недостатком применяемых тестовых методик является возможность произвольной коррекции результатов испытуемым [8], а статистические показатели свидетельствуют о том, что суициды совершают лица, имеющие «хороший» уровень нервно-психической устойчивости [12].

Кроме того, СР определяется по внешним признакам, которые делятся на три группы: словесные, поведенческие и ситуационные [14]. При всем многообразии факторов, действующих на человека, проблема состоит в том, что суицидальные действия могут совершаться или не совершаться при

«одинаковой» психической травме, сходных особенностях личности и психической функции суицидентов, характере психической патологии [20].

Существующая медико-профилактическая система выявления СР и предупреждения СП у подростков не позволяет снизить высокую распространенность суицидов. Это обуславливает необходимость поиска и внедрения объективных, высокоинформативных, простых в применении скрининговых-экспресс-диагностических технологий и совершенствования медико-профилактических мероприятий по выявлению СР и предупреждению СП при массовых обследованиях подростков. А мониторинг психического состояния следует проводить с помощью объективных методик обследования, не зависящих от самооценки обследуемого. Все вышеизложенное обусловило выбор темы исследования, его цель и задачи.

Целью исследования явилось выявление объективных критериев наличия суицидального риска у подростков.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось в Василеостровском районном военном комиссариате (РВК) г. Санкт-Петербурга, 56 окружном учебном центре Западного военного округа и в консультативно-диагностической поликлинике ФГУ «442 военный клинический госпиталь» Министерства обороны РФ.

Для решения задачи использовались следующие методы: структурно-функциональный, анамнестический, клинико-психопатологический, метод логического анализа, экспериментально-психологические методы исследования МЛО — Адаптивность 200 плюс, «Прогноз», 83 т74 «Отбор»; личностный опросник Г. Айзенка (EPI, 1963), экспресс-методика нейровизуализации с биологической обратной связью (БОС) «Видикор-М» и индивидуальное собеседование по результатам диагностики методикой «Видикор-М». На всей выборке обследуемых осуществлялся анализ, систематизация и моделирование и практическое применение модели выявления СР.

Материалы исследования основаны на результатах каdamнеза у 20 юношей, совершивших суицидальные действия (группа сравнения), комплексного обследования 283 подростков 17-летнего возраста при ППВУ в Василеостровском РВК (они составили контрольную группу), 932 военнослужащих по призыву из числа молодого пополнения в пунктах приема личного состава (основная группа) в возрасте 14, 17, 18 лет. Основная группа была разделена на лиц с экстравертным типом темперамента (ЭТТ), количество которых составило 508 человек, и лиц с интровертным типом темперамента (ИТТ), количество которых составило 424 человека.

Средний возраст у лиц группы сравнения составил $18,6 \pm 0,4$ лет. В контрольной группе средний возраст составил $17,5 \pm 0,4$ лет. Средний возраст у юношей основной группы составил 14, 17 и $18,5 \pm 0,4$ лет. В группе сравнения определялся УрПА. В основной группе определялись показатели уровней НПУ, СР, УрПА в целом и по ТТ, а также их сопряженность. По УрПА юноши основной группы были разделены на 5 групп:

высокоадаптивные (ВА), адаптивные (А), эмоционально-лабильные (ЭЛ), группа риска (ГР) и дезадаптивные (ДА).

Статистический анализ данных проводился с помощью программы математического обеспечения Statistica-8,0 for Windows. Описательная статистика выполнялась методом вычисления. Сравнение двух групп по одному признаку проводилось по методу определения t-критерия Стьюдента, корреляционный анализ проводился с расчетом рангового коэффициента корреляции Kendall Tau Correlation (τ (к)).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящее время руководящие документы по выявлению СР у подростков отсутствуют. Существующая система оказания медицинской помощи предусматривает ее оказание суицидентам только в тех случаях, когда они находятся в кризисном состоянии и при условии добровольного обращения, поэтому является малоэффективной. Отсутствие ряда целевых положений в руководящих документах и диагностических программ по выявлению СР у подростков не позволяет добиться его существенного уменьшения.

В исследовании у 20 юношей, совершивших суицидальные действия, определялся УрПА. В частности, по уровню психической адаптации они были распределены следующим образом: ЭЛ — 3 человека; ГР — 6 человек и ДА — 11 человек. Это говорит о том, что с ухудшением УрПА количество суицидентов возрастает.

В контрольной группе было изучено распределение подростков по УрПА. Распределенность подростков по УрПА при ППВУ приведена в таблице 1.

Таблица 1

Распределенность подростков по уровням психической адаптации

Показатель	Юноши 17 лет при ППВУ	
	Абсолютные числа	%
Высокоадаптивные	22	7,8
Адаптивные	131	46,3
Эмоционально-лабильные	2	0,7
Группа риска	46	16,3
Дезадаптивные	82	28,9
Всего	283	100

В основной группе исследования были определены показатели НПУ методикой «Прогноз», УрПА в динамике определялся с помощью экспресс-диагностической методики нейровизуализации с БОС «Видикор-М», а типы темперамента — личностным опросником Г. Айзенка (EPI, 1963). Показатели СР определялись методикой МЛО «Адаптивность 200 плюс» впервые при прибытии в воинскую часть.

В основной группе проанализировано наличие лиц с разной выраженностью СР в группах НПУ у 932 человек. Эти показатели приведены в таблице 2.



Таблица 2

Показатели выраженности суицидального риска в группах нервно-психической устойчивости

Показатель	НПУ высокая		НПУ хорошая		НПУ удовлетворительная		НПУ неудовлетворительная		Всего	
	Абс. числа	%	Абс. числа	%	Абс. числа	%	Абс. числа	%	Абс. числа	%
СР отсутствует	26	2,8	466	50	216	23,2	4	0,4	712	76,4
СР низкий	0	0	8	0,9	49	5,3	4	0,4	61	6,6
СР средний	0	0	5	0,5	92	9,9	21	2,3	118	12,7
СР высокий	0	0	1	0,1	6	0,6	34	3,7	41	4,4
Всего	26	2,8	480	51,5	363	38,6	63	6,8	932	100
Всего лиц с СР в группе НПУ	0	0	14	1,5	147	15,8	59	6,3	220	23,6

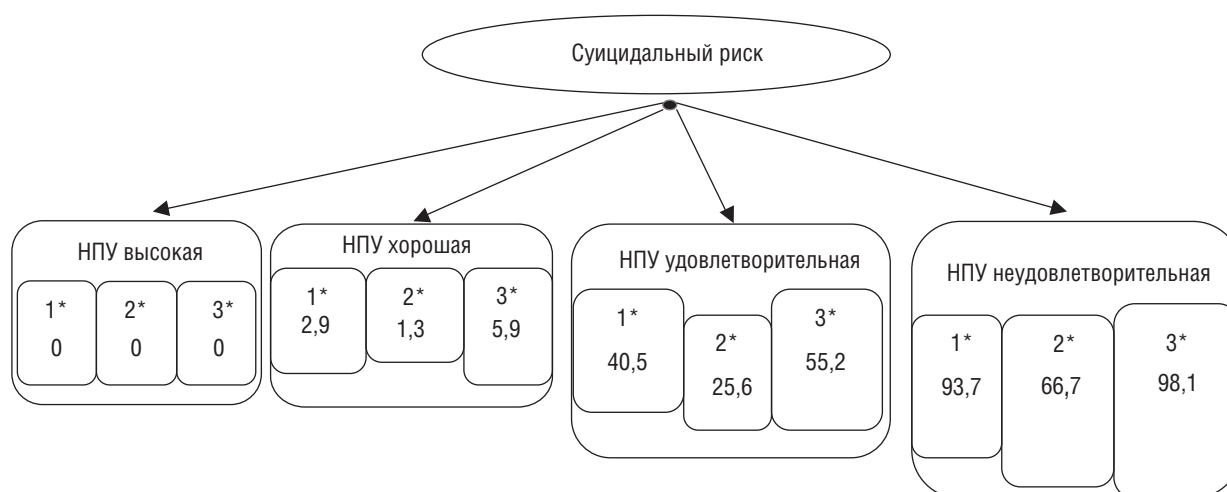


Рис. 1. Структура СР в группах НПУ в целом и по ТТ. Условные обозначения: 1* — все обследованные (932 чел.); 2* — юноши с ЭТТ (508 чел.); 3* — юноши с ИТТ (424 чел.)

Из таблицы 2 видно, что у лиц с высокой НПУ показатели СР отсутствовали. У лиц с хорошей НПУ было выявлено всего 14 человек с СР. Наибольшее количество лиц основной группы с наличием показателей СР имели удовлетворительную НПУ и для них характерными оказались показатели низкого и среднего СР. Лиц с наличием тестовых показателей СР в группе с неудовлетворительной НПУ оказалось в 2,5 раза меньше, чем в группе с удовлетворительной НПУ, но для этой группы был более характерен СР средний и высокий.

Так, были выявлены особенности и закономерности структуры СР в группах НПУ в целом и по ТТ, представленные на рисунке 1 для основной группы в 18-летнем возрасте. Статистически было выявлено, что с ухудшением НПУ достоверно увеличивается доля лиц с наличием СР от всех лиц в конкретных группах НПУ.

Кроме того, лиц с СР достоверно больше оказалось среди подростков с ИТТ, по сравнению с лицами с ЭТТ. В итоге, СР

у лиц с ИТТ был определен в 2,9 раза чаще, чем у экстравертов. Таким образом, наиболее суицидоопасными являются интроверты с удовлетворительной НПУ и все подростки с неудовлетворительной НПУ.

Оценка наличия статистической связи с использованием критерия Хи-квадрат Пирсона показала наличие статистически значимой связи между оценками групп СР и групп НПУ по данным шкал МЛО «Адаптивность 200 плюс». Так, Хи-квадрат составил 629,06 при $df=9$ и $p<0,001$ для всей основной группы исследования; в группе исследуемых подростков с ЭТТ Хи-квадрат составил 256,42 при $df=9$ и $p<0,001$, а в группе исследуемых лиц с ИТТ Хи-квадрат составил 311,51 при $df=9$ и $p<0,001$.

В результате исследования были выделены следующие статистические закономерности. Так как, анализируемые показатели (оценка групп СР и оценка групп НПУ) являются ранговыми, то для оценки силы направления и статистической значимости связи между ними использовался непара-

метрический корреляционный анализ с расчетом рангового коэффициента корреляции KendallTauCorrelation. Статистическая оценка показала наличие прямой средней статистически значимой корреляционной связи между СР и НПУ ($t(k)=0,565$; $p<0,001$) у обследованных юношей всей основной группы; у юношей с ЭТТ оценка показала наличие прямой умеренной статистически значимой корреляционной связи ($t(k)=0,410$ при $p<0,001$), а у лиц с ИТТ оценка указанных данных показала наличие прямой средней статистически значимой корреляционной связи ($t(k)=0,639$ при $p<0,001$).

В последующем определялся УрПА лиц основной группы в 14, в 17 и в 18-летнем возрасте и количество лиц с тестовыми показателями выраженности СР в зависимости от групп УрПА по ТТ. Оказалось, что интровертов со средним СР значительно больше во всех исследованных возрастных группах подростков, чем с низким и высоким СР. Но, наибольшее их количество приходилось на группу дезадаптивных лиц 17-летнего возраста. Так, именно на 17-летний возраст приходится наибольшее количество лиц с СР в группе ДА. Определено, что у экстравертов лиц со средним СР значительно больше во всех исследованных возрастных группах подростков, чем с низким и высоким СР. Но, наибольшее их количество приходится на группу риска лиц 14 и 17-летнего возрастов, а также на дезадаптивную группу 18-летнего возраста.

Было выявлено, что с ухудшением УрПА значительно увеличивается количество лиц с СР, особенно в группе лиц с ИТТ, которые оказались более суицидоопасными по сравнению с экстравертами. У высокоадаптивных подростков с ИТТ и ЭТТ суицидальный риск отсутствовал.

Данные динамики лиц с тестовыми показателями СР в группах УрПА с ИТТ в 14 лет, в 17 лет и в 18 лет представлены в таблице 3. Из таблицы 3 видно, что с ухудшением УрПА прямо пропорционально увеличивается абсолютное количество лиц с СР и их доля в группах психической адаптации. У подростков с ИТТ именно на 17-летний возраст обследованных приходится наибольшее количество лиц дезадаптивной

группы — 129 человек, среди которых 124 с наличием СР и их доля составляет 96,1% от данной группы УрПА.

Статистическая оценка наличия связи с использованием критерия Хи-квадрат Пирсона показала наличие значимой связи между оценками групп СР и групп УрПА у лиц основной группы с ИТТ по данным шкал МЛО-Адаптивность 200 плюс и методики «Видикор-М». Так, для юношей 14 лет Хи-квадрат составил 150,6 при $df=9$ и $p<0,001$. Для этих подростков в возрасте 17 лет Хи-квадрат составил 279 при $df=9$ и $p<0,001$, а для этих же юношей в 18 лет Хи-квадрат составил 174,9 при $df=9$; $p<0,001$.

В полученных показателях сопряженности можно выделить следующие закономерности. Так как анализируемые показатели (оценка групп СР и оценка групп УрПА) являются ранговыми, для оценки силы направления и статистической значимости связи между ними был использован непараметрический корреляционный анализ с расчетом рангового коэффициента корреляции KendallTauCorrelation. Статистическая оценка показала наличие прямой умеренной значимой корреляционной связи ($t(k)=0,49$ при $p<0,001$) у юношей с ИТТ в возрасте 14 лет; прямой сильной значимой корреляционной связи ($t(k)=0,7$ при $p<0,001$) в возрасте 17 лет и прямой средней значимой корреляционной связи ($t(k)=0,54$ при $p<0,001$) у этих же юношей в 18-летнем возрасте.

При последующем изучении динамики показателей у каждого подростка были установлены пределы изменения УрПА у интровертов и выявлена закономерность наличия тестовых показателей СР от динамических изменений УрПА.

Вместе с тем, среди интровертов, которые в 14-летнем возрасте были в группе А, ЭЛ, ГР и на последующих возрастных этапах не дезадаптировались до ДА группы, тестовые показатели наличия СР отсутствовали.

У подростков с ЭТТ такая динамическая особенность, как у подростков с ИТТ не выявлена. Показатели динамического изучения изменения УрПА экстравертов с наличием тестовых показателей СР в 14, 17 и 18 лет приведены в таблице 4.

Таблица 3

Количество лиц с СР в группах УрПА у лиц с ИТТ в 14 лет, в 17 лет и в 18 лет

Показатели	14 лет			17 лет			18 лет		
	Всего в группе УрПА	Из них, с СР		Всего в группе УрПА	Из них, с СР		Всего в группе УрПА	Из них, с СР	
		абс.	%		абс.	%		абс.	%
ВА	0	0	0	0	0	0	3	0	0
А	111	13	11,7	94	0	0	154	8	5,2
ЭЛ	125	33	26,4	96	8	8,3	104	35	33,7
ГР	104	39	37,5	105	32	30,5	91	58	63,7
ДА	84	79	94,0	129	124	96,1	72	63	87,5
Всего	424	164	38,7	424	164	38,7	424	164	38,7



Таблица 4

Количество лиц с СР в группах УрПА у лиц с ЭТТ в 14 лет, в 17 лет и в 18 лет, абсолютные числа

Показатели	14 лет			17 лет			18 лет		
	Всего в группе УрПА	Из них, с СР		Всего в группе УрПА	Из них, с СР		Всего в группе УрПА	Из них, с СР	
		абс.	%		абс.	%		абс.	%
ВА	0	0	0	0	0	0	3	0	0
А	114	5	4,4	106	7	6,6	132	6	4,5
ЭЛ	104	10	9,6	92	12	13,0	95	8	8,4
ГР	220	28	12,7	238	25	10,5	170	22	12,9
ДА	70	13	18,6	72	12	16,7	108	20	18,5
Всего	508	56	11,0	508	56	11,0	508	56	11,0

Из таблицы 4 видно, что у экстравертов в 17-летнем возрасте представительство подростков по группам УрПА и количество лиц с наличием СР, примерно одинаковое с их 14-летним возрастом, но с небольшим преобладанием в 14 лет. Вместе с тем, к 18 годам отмечалось выраженное увеличение количества подростков группы А и группы ДА с резким уменьшением количества лиц в ГР при относительной стабильности ЭЛ группы. Количество лиц с показателями СР и их доля в своей группе УрПА оказались относительно стабильными. Увеличение количества лиц с СР происходило не по мере ухудшения УрПА, как у интровертов, а от А группы по ГР, а в ДА группе снижалось.

Статистическая оценка наличия связи между оценками групп СР и групп УрПА у лиц основной группы с ЭТТ по данным шкал МЛО-А 200 плюс и методики «Видикор-М» с использованием критерия Хи-квадрат Пирсона не показала наличие значимой связи. Так, для юношей 14 лет Хи-квадрат составил 13,1 при $df=9$ и $p<0,05$. Для этих юношей в возрасте 17 лет Хи-квадрат составил 32,7 при $df=9$ и $p<0,21$, а для этих же юношей в 18 лет Хи-квадрат составил 13,4 при $df=9$; $p<0,04$.

В полученных показателях сопряженности были выделены следующие закономерности. Так как анализируемые показатели (оценка групп СР и оценка групп УрПА) являются ранговыми, для оценки силы направления и статистической значимости связи между ними был использован непараметрический корреляционный анализ с расчетом рангового коэффициента корреляции KendallTauCorrelation. Статистическая оценка у подростков с ЭТТ не показала наличие корреляционной связи в возрасте 14 лет ($\tau(k)=0,14$ при $p<0,05$); в возрасте 17 лет — ($\tau(k)=0,09$ при $p<0,21$) и в 18-летнем возрасте у этих же подростков ($\tau(k)=0,15$ при $p<0,04$), что расценивалось как очень слабая корреляционная связь.

Полученные показатели свидетельствуют о том, что количество лиц с тестовыми показателями СР в группе экстравертов оказалось незначительным по сравнению с интровертами.

Исходя из полученных результатов, следует отметить, что показателями СР могут служить не только клинико-анамнестические данные и результаты методик определения уровня СР, но ухудшение показателей УрПА в динамике.

Таким образом, основными показателями суицидального риска следует считать неудовлетворительную НПУ и дезадаптивную группу УрПА, особенно у лиц с ИТТ, а также динамику ухудшения УрПА. Фактически, отмечается процесс ухудшения УрПА в динамике. Очевидно, что это связано с тем, что основную роль в генезе суицидального риска играет ухудшение уровня адаптации.

Оказалось, что для выявления СР и отслеживания динамики изменений УрПА следует использовать экспресс-методику нейровизуализации «Видикор-М» с БОС. С помощью методики «Видикор-М» удалось своевременно выявлять ухудшение психического состояния, исключать диссимуляцию СР и, следовательно, осуществлять первичное и вторичное психокоррекционное вмешательство.

Немаловажным оказался и тот факт, что результат обследования как в статике, так и в динамике являлся понятным и для неспециалистов. Кроме того, полученные результаты диагностики можно интерпретировать и обсуждать с целью коррекции психического состояния с родителями (опекунами) ребенка и с самим обследуемым. Такой подход позволяет значительно улучшить эффективность диагностики СР, так как и сами обследуемые и их родители (опекуны) наглядно видят в доступном для их понимания виде, что представляет обследуемый на уровне проявления и выраженности эмоций, а не только в числовом количественном выражении.

Исходя из полученных результатов, следует отметить, что показателями СР могут служить не только клинико-анамнестические данные и результаты методик определения уровня СР, но и уровни НПУ, а также определенные изменения показателей УрПА в динамике.

Очевидно, что для выявления СР и отслеживания динамики изменений НПУ и УрПА следует использовать экспресс-методику нейровизуализации «Видикор-М». Она позволяет

объективизировать методику выявления СР и не зависит от мнения обследуемого о себе. Время, затраченное на диагностику одного человека составило 2–5 минут. При этом получение данных для диагностики можно осуществлять в любых условиях, а режим применения методики является неограниченным.

На основании результатов исследования проблемы детско-юношеских суицидов предлагается двухэтапная организационно-функциональная модель раннего выявления СР у подростков, предусматривающая выявление СР, проведение психокоррекционных мероприятий по недопущению перехода СР в СП и имеющая барьерную функцию по недопущению лиц с высоким СР на военную службу.

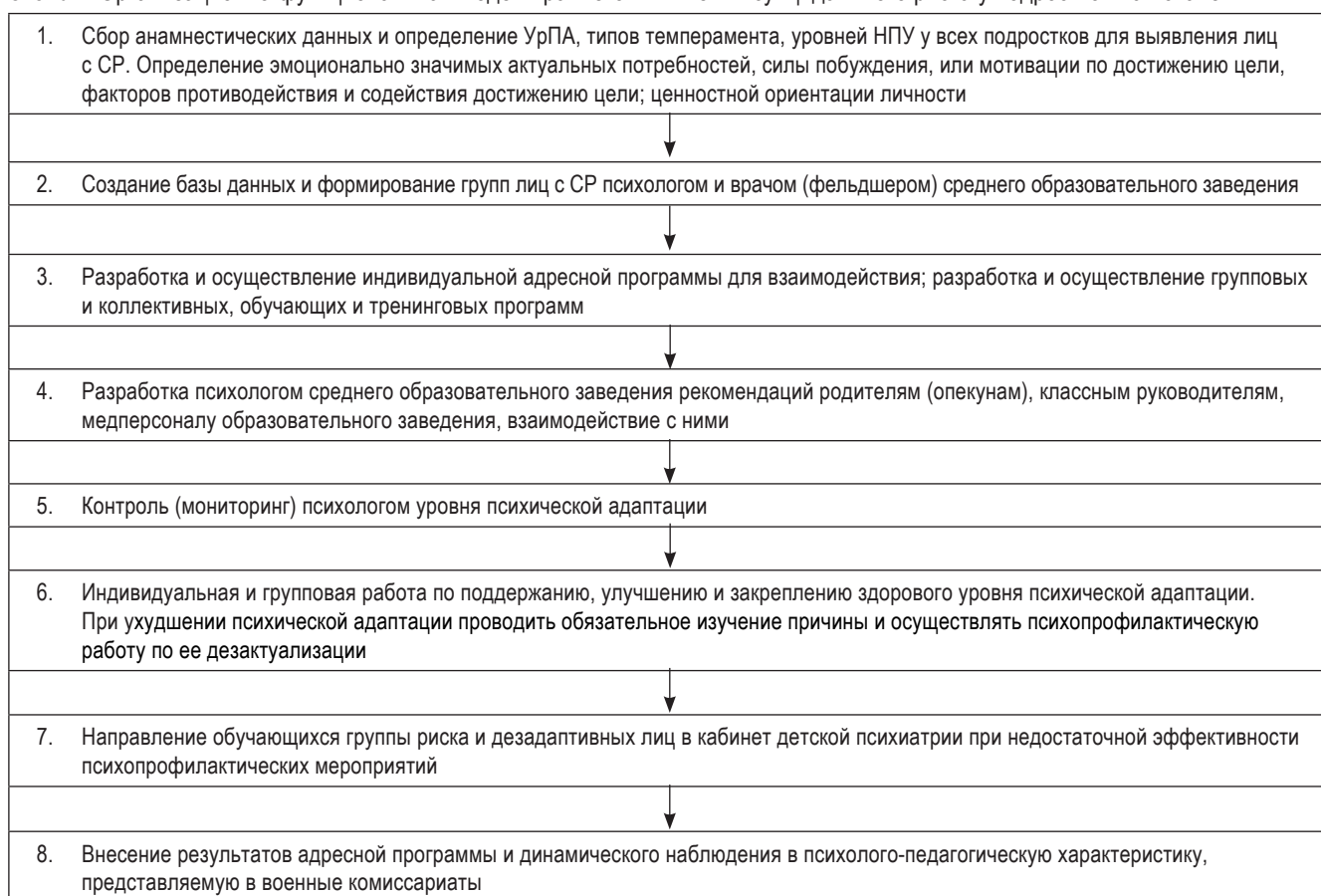
При ее реализации I этап предлагается проводить в период обучения в среднем образовательном заведении (в школах, в средних специальных учебных заведениях). Предполагаем, что реализация I этапа может быть осуществлена психологом, классным руководителем, врачом (фельдшером) медицинского пункта в соответствии с их должностными обязанностями. Важным условием I этапа оказалось взаимодействие разных специалистов, в том числе, родителей или опекунов. Такое взаимодействие осуществляется в соответствии с письмом Министерства образования Российской Федерации от 27.03.2000 № 27/90–6 «О психолого-медико-пе-

дагогическом консилиуме (ПМПк) образовательного учреждения (с приложениями)». В состав ПМПк входят постоянные участники: заместитель директора школы по учебно-воспитательной работе, педагоги-психологи, социальный педагог и приглашенные специалисты: врачи, специалисты комитета образования, правоохранительных органов, администрации местного самоуправления в зависимости от специфики рассматриваемого вопроса. Общее руководство деятельностью ПМПк осуществляет заместитель директора по учебно-воспитательной работе.

Важная роль на I этапе при вынесении заключения о наличии СР отводится ПМПк. Основные положения первого этапа организационно-функциональной модели раннего выявления СР у подростков допризывного возраста представлены на схеме 1.

Исходя из полученного опыта обследования, представляется, что психолог среднего образовательного заведения при соответствующей подготовке способен и может проводить первичный осмотр. Во время первичного осмотра осуществляется сбор анамнестических данных, выясняются эмоционально значимые актуальные потребности, сила побуждений, мотивация по достижению целей, факторы противодействия и содействия достижению целей; ценностные, значимые установки и ориентиры личности; важные для незрелой личности

Схема 1. Организационно-функциональная модель раннего выявления суицидального риска у подростков на I этапе



эмоционально значимые ценности и межличностные связи. При первичном осмотре определяются эмоциональные «точки приложения», вовлечение которых может нанести психическую травму (далее — эмоциональные точки приложения). При этом психологом проводится психологическое тестирование. Среди других методик по обследованию им применяется методика по выявлению СР. В частности, у младших и средних школьников СР выявляется по методике Кучера-Костюкевича, а у старших школьников и студентов средних специальных образовательных заведений по методике МЛО «Адаптивность 200 плюс». Дополнительно уровень психической адаптации можно определять с помощью методики нейровизуализации «Видикор-М» (схема 1, п. 1).

В соответствии с полученными результатами создается база данных с разнотипными показателями, в том числе графическими (в дальнейшем — база данных), на обучающихся по классам (курсам) обучения и по УрПА. Полученные данные подростков раздельно по группам УрПА целесообразно заносить в предлагаемый «Журнал динамического наблюдения за психическим состоянием обучающихся и проведенных психокоррекционных мероприятий» (далее — «Журнал»), где на каждого обучающегося вносятся сведения о показателях СР, НПУ, об УрПА в динамике, дата контрольного обследования, кратко излагаются необходимые анамнестические сведения, вид психопрофилактики суицида (первичная или вторичная психопрофилактика; если проводится вторичная профилактика, то указывается, когда совершались суицидальные действия и в связи с чем); ценности и ориентиры, эмоциональные точки приложения, проводимые индивидуальные адресные психопрофилактические и психокоррекционные мероприятия, индивидуальные рекомендации обучающемуся, его родителям (опекунам), классному руководителю; результаты проведенных превентивных мероприятий и другие сведения. Первыми в «Журнал» вносятся лица дезадаптивной группы для вторичной психопрофилактики, вторыми — лица группы риска для вторичной психопрофилактики, третьими — лица дезадаптивной группы для первичной психопрофилактики, четвертыми — лица группы риска для первичной психопрофилактики. Вид профилактики указывается в выделенной графе. Для лиц вторичной профилактики в этой графе указываются сведения когда и в связи с какими событиями совершались суицидальные действия. Пятыми в «Журнал» вносятся лица эмоционально-лабильной, адаптивной и высокоадаптивной групп (схема 1, п. 2).

Таким образом, предлагаемый вариант заполнения и ведения «Журнала» позволяет наилучшим образом организовать, осуществлять и контролировать проведение необходимых психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий СР, а также оценивать их превентивную эффективность.

Вместе с тем, целесообразно на каждого обучающегося лица группы риска и дезадаптивной группы вести тетрадь динамического наблюдения и проводимых мероприятий, где более подробно описывать вышеперечисленные сведения с разделением по группам адаптации и видам профилак-

ки. Ведение таких тетрадей поможет сохранить и извлечь всю необходимую информацию о каждом обучающемся при проведении с ним психопрофилактической и психокоррекционной работы. Поскольку состояния, требующие третичной профилактики не позволяют суицидентам обучаться в общеобразовательных заведениях, то они не будут проводиться в данных конкретных условиях.

После создания базы данных и заполнения журнала, на родительском собрании психолог или врач (фельдшер) среднего образовательного заведения, или психиатр ПМПк доводит до родителей общую информацию о детско-подростковой суицидологической ситуации и помощи в регионе. Сообщает о том, на какие внешние поведенческие и клинические признаки СР и СП необходимо обращать внимание у своих детей и какие превентивные мероприятия необходимо проводить по взаимодействию с ребенком в семье. Дает адреса кабинета медико-социальной и психологической поддержки, кабинета детской психиатрии, кризисных стационаров, телефоны доверия и другую важную профилактическую информацию.

Представляется очевидным, что следующим шагом в работе психолога является составление плана контрольных диагностических обследований по годам обучения и группам психической адаптации. В последующем не исключается беседа с родителями (опекунами) лиц ГР и ДА. Как совместно с обучающимся, так и с родителями (опекунами), целесообразно проводить анализ полученных результатов психодиагностики, в том числе, с помощью методики «Видикор-М»; осуществлять сбор дополнительных сведений, рекомендовать профилактические мероприятия, вырабатывать стратегию и тактику по взаимодействию родителей (опекунов) с ребенком, определять дальнейшие шаги по взаимодействию психолога и обучающегося; определять, сообщать и проводить адресные психопрофилактические и психокоррекционные мероприятия по форме (индивидуальные, групповые), по способу (семинары, лекции, тренинги, беседы, консультирование, информации) и устанавливать режим их проведения. С родителями (опекунами) и ребенком специально оговаривается, что в случае возникновения у них необходимости или кризисных ситуаций, то следует обращаться за помощью незамедлительно в кризисные центры (вне образовательного заведения), а во время занятий к психологу или в медицинский пункт. Как правило, целесообразно назначить день контрольной диагностики (схема 1, п. п. 3, 4).

Антисуицидальные превентивные мероприятия следует проводить в рамках общей психопрофилактической и психокоррекционной работы. Мониторинг УрПА обучающихся может проводить психолог общеобразовательного заведения с помощью методики нейровизуализации «Видикор-М». Первыми осматриваются подростки дезадаптивной группы (схема 1, п. 5). Сведения о результатах диагностики и профилактических мероприятиях психолог представляет родителям (опекунам), врачу (фельдшеру) среднего образовательного заведения, классному руководителю, а также в психолого-медико-педагогический консилиум.

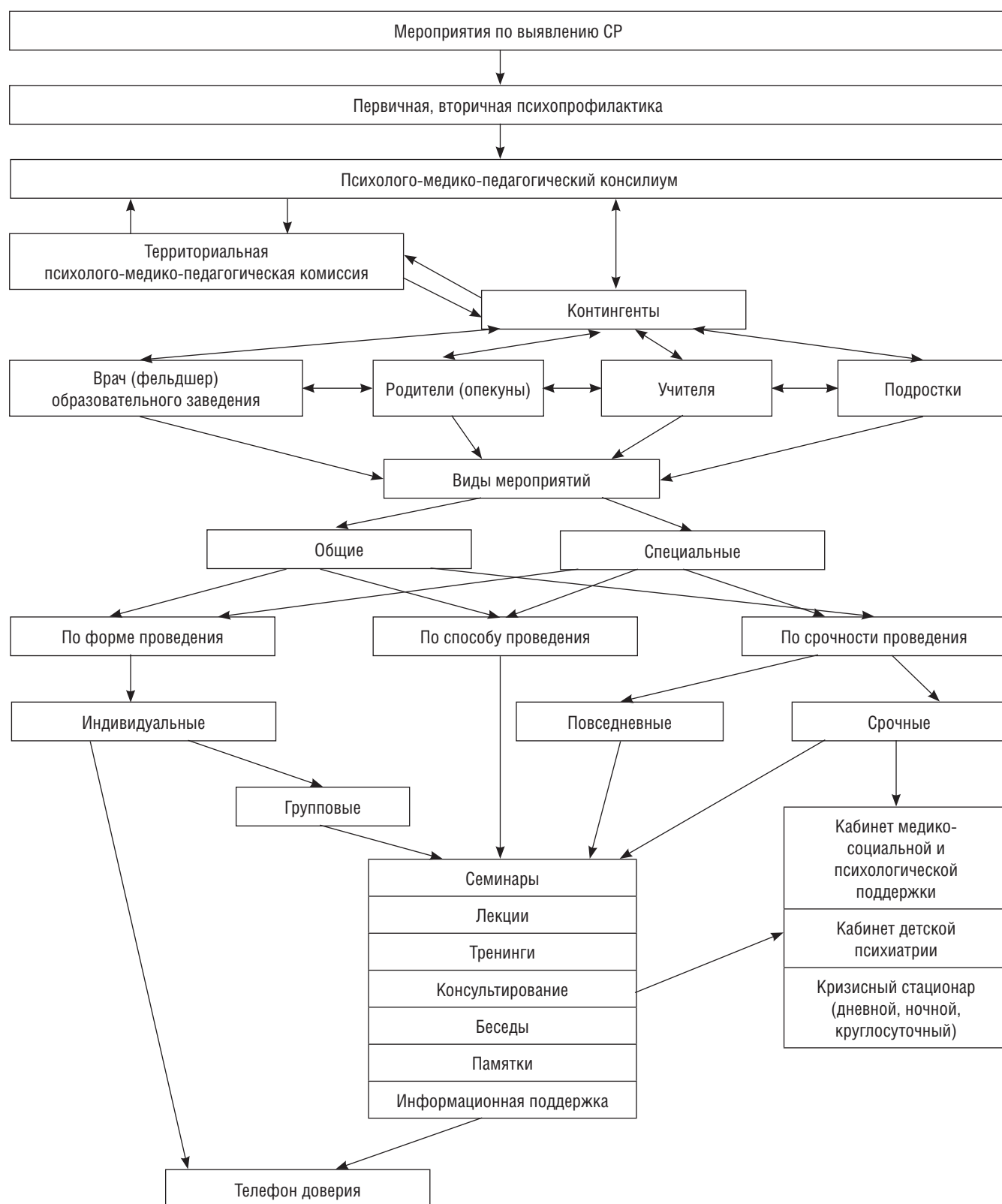


Схема 2. Основной алгоритм организационно-функциональной модели раннего выявления суицидального риска у подростков

Как правило, психопрофилактические и психокоррекционные мероприятия целесообразно проводить между контрольными осмотрами. Для групповых занятий следует формировать группы обучающихся примерно одного возраста. По результатам повторной динамической диагностики психологом может приниматься решение по дальнейшему психологическому сопровождению обучающегося; о продолжении или временном прекращении психокоррекционных мероприятий; о необходимости его осмотра детским психиатром; о приглашении родителей (опекунов) в среднее образовательное заведение, о необходимости принятия срочных мер по предотвращению суицидальных действий и другие (схема 1, п. п. 6, 7).

Используя методику «Видикор-М», психолог может ускорить время обследования и повысить эффективность проводимых мероприятий по профилактике СР.

Периодичность повторных диагностических обследований обучающихся ГР и ДА с целью контроля предлагается не реже 1 раза в месяц. Повторную диагностику обучающихся с более высокой психической адаптацией можно проводить по мере необходимости. Результаты повторной диагностики и свое решение по результатам обследования психолог вносит в «Журнал». В период между повторными диагностическими обследованиями необходимую и полезную информацию о ребенке психолог получает от классного руководителя.

В отдельных случаях, при выявлении подростка с ухудшением психоэмоционального состояния или находящегося в кризисном состоянии, психолог выясняет его причину и вносит необходимые коррективы в свою работу с данным подростком или принимает решение о направлении данного юноши в медицинский пункт среднего образовательного заведения в сопровождении классного руководителя или самостоятельно (схема 1, п. 7).

На заседаниях ПМПк психологу следует сообщать о результатах проведенной диагностики, осуществляемых мероприятиях и их эффективности. Как правило, он должен вносить свои предложения по каждому обучающемуся. Совместно с членами ПМПк вырабатывается дальнейший план проведения необходимых организационных и профилактических мероприятий. Результаты заседания ПМПк вносятся в «Журнал» в раздел «Приложения, дополнения». База данных на обучающихся, «Журнал», тетради наблюдения и проводимых мероприятий хранятся у психолога в закрытом шкафу.

Как правило, при составлении психолого-педагогической характеристики, представляемой в военный комиссариат, среди других характеризующих данных, целесообразно указывать группу психической адаптации в динамике, показатели СР и НПУ, совершались ли суицидальные действия подростком, перечень проводимых психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий, их эффективность (схема 1, п. 8). При этом, следует определять изначальный уровень психической адаптации и контролировать его в последующем с помощью экспресс-методики нейровизуализации «Видикор-М», начиная с 1 класса школы.

Принципиальный алгоритм работы организационно-функциональной модели раннего выявления СР у подростков, как психолога, так и врача (фельдшера) среднего образовательного заведения с перечнем индивидуальных и групповых мероприятий I этапа (п. п. 3, 5, 6, 7 схемы 1) представлен на схеме 2.

Исходя из апробированного алгоритма, врач (фельдшер) среднего образовательного заведения должен получать у психолога этого заведения списки подростков группы риска и дезадаптивной группы по годам обучения. По годам обучения и уровням психической адаптации он вносит их в «Журнал динамического медицинского наблюдения обучающихся» с заполнением соответствующих граф. В последующем составляется план их индивидуальных осмотров.

В первую очередь осматриваются подростки дезадаптивной группы. На осмотре выясняются жалобы, анамнез подростка, определяется вид профилактики (первичная или вторичная), находится ли подросток под диспансерно-динамическим наблюдением у врача-специалиста детской поликлиники, лечебные назначения и профилактические рекомендации этого врача и их осуществление. При этом врач уточняет диагноз, вырабатывает свое мнение о психоэмоциональном состоянии обучающегося, определяет дату контрольного осмотра. При необходимости, нуждающимся выдаются рекомендации по обращению к врачам-специалистам детской поликлиники для дальнейшего врачебного специализированного динамического наблюдения, а эти рекомендации доводятся до родителей (опекунов) через классного руководителя или при личном общении. Если подросток совершал ранее суицидальные действия, то выясняется, когда это было и в связи с чем. Все эти данные врач (фельдшер) должен вносить в соответствующие графы «Журнала динамического медицинского наблюдения обучающихся». Рекомендуемый режим контрольных динамических осмотров подростков группы риска и дезадаптивной группы врачом (фельдшером) среднего образовательного заведения составляет не реже 1 раза в месяц с промежутком в 15 дней между контрольными обследованиями психологом. Таким образом, ребенок будет находиться под постоянным контролем медицинского работника и психолога, что является наиболее благоприятным для него. В случаях выявления подростка с ухудшением психоэмоционального состояния врач (фельдшер) выясняет причину этого, обменивается информацией с психологом, вырабатывает медицинские рекомендации подростку и отдельно его родителям (опекунам) по профилактике СР.

В случае диагностики кризисного состояния, врач (фельдшер) обязан осуществить необходимые доступные лечебные мероприятия (дать пустырник, валериану или др.); вызвать родителей в школу, объяснив им психическое состояние ребенка; в зависимости от психоэмоционального состояния подростка рекомендовать обратиться в кризисный стационар, кабинет детской психиатрии или в кабинет медико-социальной и психологической поддержки.

Свои выводы и рекомендации по каждому подростку врач (фельдшер) обычно докладывает на ПМПк, где участвует в выработке единой стратегии и тактики по динамическому сопровождению ребенка с факторами СР.

Психолого-медико-педагогический консилиум и психолого-медико-педагогическая комиссия, в которые входят детский психиатр и другие врачи-специалисты, осуществляют свои функции и задачи по алгоритму, в соответствии с положениями, изложенными в письме Министерства образования РФ от 27. 03.2000 № 27/906–1 «О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПк) образовательного учреждения» и приказе Министерства образования и науки РФ от 24 марта 2009 года N 95 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии». Исходя из этого, детский психиатр оказывает необходимую консультативную помощь психологу и врачу школы, подросткам, родителям (опекунам), а также участвует в выработке индивидуальных адресных программ по психопрофилактике и психокоррекции СР.

II этап организационно-функциональной модели раннего выявления СР у подростков проводится при ППВУ в военных комиссариатах. Он проводится по организационно-функциональной модели раннего выявления СР у подростков, представленной на схеме 3.

Как правило, при ППВУ, на II этапе проводится изучение документов и личности. Перед проведением профессионально-психологического отбора (ППО) на входе потока методикой «Видикор-М» определяется УрПА будущего призванного. Полученные данные соотносятся с показателями, изложенными в психолого-педагогической характеристике, и результатами методик ППО.

По комплексу имеющихся и полученных данных, а также результатам диагностики УрПА и осмотра, психиатром ВВК принимается решение о вынесении категории годности к военной службе или направлении для дополнительного психиатрического обследования в соответствии с руководящими документами в психоневрологические диспансеры или психиатрические больницы с обязательным предоставлением копий врачебных и психологических сведений. По результатам пси-

хиатрического обследования обычно проводится освидетельствование юноши на предмет его годности к военной службе.

Исходя из предполагаемой научной гипотезы было доказано, что имеется сильная корреляционная связь между СР и УрПА. При исследовании оказалось, что при ухудшении УрПА значительно возрастает количество лиц с СР, что послужило одним из факторов разработки новой организационно-функциональной модели выявления СР у подростков.

Таким образом, предложенная модель выявления СР и профилактики СП у подростков является более эффективной по сравнению с существующей системой организации выявления СР.

Предложенная модель организации раннего выявления СР позволяет выявлять у подростков основные показатели и уровни СР.

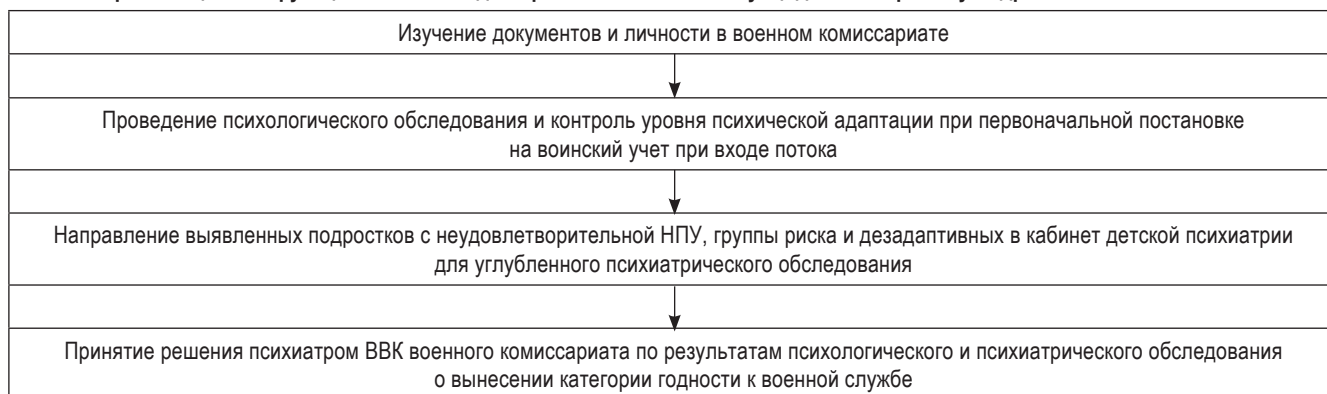
Основные преимущества новой организационно-функциональной модели выявления СР у подростков заключаются в более высокой эффективности выявления СР, проведении необходимых целенаправленных адресных психокоррекционных и психопрофилактических мероприятий до перехода СР в СП, а также в экономии материальных средств и времени, затрачиваемых на их проведение.

Основные возможности новой организационно-функциональной модели позволяют добиться улучшения эффективности раннего выявления СР, более успешно проводить необходимые целенаправленные адресные первичные и вторичные психокоррекционные и психопрофилактические мероприятия по раннему выявлению СР у подростков.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- В настоящее время медико-организационные мероприятия и руководящие документы, предусматривающие целенаправленное выявление суицидального риска у подростков, устарели и нуждаются в дальнейшей разработке. Существующая организация выявления суицидального риска не в полной мере предусматривает его оценку у подростков в средних образовательных заведениях и при первоначальной постановке на воинский учет в военных комиссариатах. Так, существующая система оказания су-

Схема 3. Организационно-функциональная модель раннего выявления суицидального риска у подростков на II этапе



ицидологической помощи предусматривает ее оказание только в тех случаях, когда нуждающиеся в ней находятся в кризисных состояниях и только при их обращении в добровольном порядке. При этом отсутствие целевой программы по выявлению суицидального риска у подростков не позволяет добиться его уменьшения.

- Оценка уровней и групп психической адаптации, нервно-психической устойчивости и типов темперамента позволила определить основные показатели суицидального риска у подростков. К показателям суицидального риска относятся: неудовлетворительная нервно-психическая устойчивость и низкий уровень психической адаптации.
- Основные показатели суицидального риска определяются у лиц группы риска и дезадаптивной группы. При этом было выявлено, что при низких уровнях нервно-психической устойчивости и психической адаптации достоверно увеличивается доля лиц с суицидальным риском.
- У интровертов тестовые показатели суицидального риска определялись в 2,9 раза чаще, чем у экстравертов.
- Наиболее суицидоопасным является 17-летний возраст.
- При анализе изменений УрПА в динамике установлено, что у интровертов СР был выявлен тестовыми методиками только у тех лиц, которые либо изначально были в ГР или в группе ДА, либо у тех, которые в последующем были дезадаптированы до ДА группы или ГР, даже при условии, что эта дезадаптация была промежуточной с последующим улучшением УрПА. Таким образом, у интровертов критерием диагностики СР может быть показатель дезадаптации в динамике до ГР и ДА группы.
- Использование предлагаемой организационно-функциональной модели позволяет осуществлять раннее выявление суицидального риска в средних образовательных заведениях и при первоначальной постановке на воинский учет на допризывном этапе с активным участием специалистов психолого-медико-педагогического консилиума, родителей (опекунов), психологов и психиатров военно-врачебных комиссий военных комиссариатов.
- В перспективе целесообразно на генетическом уровне начать поиск причин улучшения и ухудшения уровней психической адаптации, а также гормональных, иммунологических, биохимических и иных маркеров этих изменений.

REFERENCES

1. Ambrumova A. G. Diagnostika suitsidal'nogo povedeniya: Ambrumova A. G., Tikhonenko V. A. Diagnostika suitsidal'nogo povedeniya: metodicheskie rekomendatsii. [Diagnostics of suicide behavior: methodical recommendations]. M.; 1980: 55.
2. Ambrumova A. G. Sotsial'naya dezadaptatsiya i suitsid. V kn.: Sb. trudov NII psikiatrii im. [Social disadaptation and suicide]. Asatiani. 1974; 19–20: 47–9.
3. Demchenko Zh. L., Syuris N. A. K voprosu ob autoagressivnom povedenii voennosluzhashchikh. [To a question of autoagressivny behavior of the military personnel]. Tyumenskiy med. zhurn. 2013; 2: 81–5.
4. Dmitrieva N. V., Korolenko Ts. P., Levina L. V. Psikhologicheskie osobennosti lichnosti suitsidal'nykh podrostkov. [Psychological features of the identity of suicide teenagers]. Vestn. Kemerovskogo gos. un-ta. 2015; 61 (1–1): 127–34.
5. Igumnov S. A. Osobennosti parasuitsidal'nogo povedeniya podrostkovogo naseleniya g. Minska. [Features of parasuicide behavior of the teenage population of Minsk]. Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov. 2007; 7 (1): 108–12.
6. Koren' E. V. Deti kak gruppа riska: fokus na podrostkovykh suitsidakh. [Children as risk group: focus on teenage suicides]. Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov. 2006; 6 (2): 129–38.
7. Lavrova O. V. Statistika i nekotorye mediko-sotsial'nye aspekty samoubiystv. [Statistics and some medico-social aspects of suicides]. Glavnyy vrach. 2015; 2: 50–65.
8. Lobachov A. V. Profilaktika psikhicheskikh rasstroystv u kursantov voennykh vuzov MO RF na nachal'nykh etapakh obucheniya. [Prophylaxis of alienations at cadets of military higher education institutions of MO Russian Federation at the initial stages of training]. PhD-thesis. SPb.; 2011: 21.
9. O suitsidal'noy situatsii v srede nesovershennoletnikh: otkrytoe pis'mo upolnomochennogo pri Prezidente Rossiyskoy Federatsii po pravam rebenka P. A. Astakhova. [About a suicide situation among minors: open letter of the Commissioner for the President of the Russian Federation by the rights child P. A. Astakhova]. 04.08.2011. № 03–03/5556.
10. Parfenova A. A. Tipologicheskie osobennosti suitsidoopasnogo patientsa. Uchenye zapiski. [Typological features of the suitsidoopasnny patient. Scientific notes]. SPb.: Izd-vo gos. in-ta psikhologii i sotsial'noy raboty. 2009; 11 (1): 50–5.
11. Preventsiya samoubiystv: rukovodstvo dlya vrachev obshchego profilya. [Prevention of suicides: a management for general practitioners]. VOZ. Zheneva; 2000: 23.
12. Problemy bezopasnosti voennoy sluzhby i predotvrashcheniya gibeli voennosluzhashchikh: materialy obshchestvennykh slushaniy 18 marta 2008 g. [Problems of safety of military service and prevention of death of the military personnel: materials of public hearings on March 18, 2008]. Dostupen po: <http://refdb.ru/look/2995341-pall.html> (data obrashcheniya 02.07.2016).
13. D'yachuk I. A., Savich V. V., Terekhova I. A., Griboedova I. A. Profilaktika samoubiystv v voinskikh chastyakh Vooruzhennykh Sil Rossiyskoy Federatsii (diagnostika suitsidal'nogo povedeniya). [Prophylaxis of suicides in military units of the Armed Forces of the Russian Federation (diagnostics of suicidal behavior)]. Metodicheskoe posobie. M.; 2011.
14. Abritalin E. Yu., Nechiporenko V. V., Dnov K. V. Profilaktika suitsidal'nogo povedeniya v Vooruzhennykh Silakh Rossiyskoy Federatsii. Metodicheskie ukazaniya. [Prophylaxis of suicidal behavior in the Armed Forces of the Russian Federation]. M.; 2013.
15. Rozanov V. A. Geny i suitsidal'noe povedenie. [Genes and suicide behavior]. Suitsidologiya. 2013; 4 (1): 3–14.
16. Ruzhenkov V. A., Ruzhenkova V. V. Nekotorye aspekty suitsidal'nogo povedeniya uhashcheyasya molodezhi i vozmozhnye puti

- preduprezhdeniya [Some aspects of suicide behavior of the studying youth and possible ways of the prevention]. *Sibirskiy vestn. psikiatrii i narkologii*. 2011; № 4: 52–4.
17. Starshenbaum G. V. *Suitsidologiya i krizisnaya psikhoterapiya*. [Suicidology and crisis psychotherapy]. M.: Kogito-Tsent; 2005.
18. Trunov D. G. K voprosu ob etapakh suitsidal'noy aktivnosti. [To a question of stages of suicide activity]. *Vestn. Permskogo un-ta*. 2012; 11 (3): 133–9.
19. Chuprikov A. P., Pilyagtna G. Ya., Voytsekh V. F. *Suitsidologiya. Osnovnye terminy i ponyatiya: metodicheskoe posobie*. [Suicidology. Main terms and concepts: methodical benefit]. K., 1999.
20. Shamrey V. K. i dr. *Monitoring psikhicheskogo zdorov'ya voennoslužhashchikh na razlichnykh etapakh prokhozhdeniya voennoy sluzhby*. [Monitoring of mental health of the military personnel at various stages of passing of military service]. *Voen.-med. zhurn*. 2011; 332 (6): 53–8.
21. Shamrey V. K. i dr. *Psikhicheskoe zdorov'e voennoslužhashchikh, sovershivshikh suitsidal'nye popytki*. [Mental health of the military personnel who has made suicide attempts]. *Vestn. Ros. voen.-med. akad*. 2010; 30 (2): 56–9.
22. Yusupova G. V., Klimanova N. G., Galiullina A. A. *Psikhoemotsional'noe zdorov'e podrostkov kak osnova ustoychivosti lichnosti k faktoram, provotsiruyushchim suitsid*. [Psychoemotional health of teenagers as a basis of resistance of the personality to the factors provoking a suicide]. *Vektor nauki Tol'yatinskogo gos. un-ta. Seriya: pedagogika, psikhologiya*. 2015; 20 (1): 240–4.
23. Yatsenko K. O. *Emotsional'no-neustoychivoe rasstroystvo lichnosti u voennoslužhashchikh po prizyvu — suitsidal'noe povedenie*. [Emotional and unstable frustration of the personality at the military personnel at the call of — suicide behavior]. *Tyumenskiy meditsinskiy zhurnal*. 2014; 16 (1): 27.
24. *Clinical practice guideline for assessment and management of patients at risk for suicide / Department of Veterans Affairs, Department of Defense*. 2013. Available at: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=47023> (Accessed 11.09.2013).
8. Лобачов А. В. Профилактика психических расстройств у курсантов военных вузов МО РФ на начальных этапах обучения. Автореф. дис... канд. мед. наук. СПб.; 2011: 21.
9. О суицидальной ситуации в среде несовершеннолетних: открытое письмо уполномоченного при Президенте Российской Федерации по правам ребенка П. А. Астахова. 04.08.2011. № 03–03/5556.
10. Парфенова А. А. Типологические особенности суицидоопасного пациента. *Ученые записки. СПб.: Изд-во гос. ин-та психологии и социальной работы*. 2009; 11 (1): 50–5.
11. *Профилактика самоубийств: руководство для врачей общего профиля*. ВОЗ. Женева; 2000: 23.
12. Проблемы безопасности военной службы и предотвращения гибели военнослужащих: материалы общественных слушаний 18 марта 2008 г. Доступен по: <http://refdb.ru/look/2995341-pall.html> (дата обращения 02.07.2016).
13. Дьячук И. А., Савич В. В., Терехова И. А., Грибоедова И. А. Профилактика самоубийств в воинских частях Вооруженных Сил Российской Федерации (диагностика суицидального поведения). *Методическое пособие*. М.; 2011.
14. Абриталин Е. Ю., Нечипоренко В. В., Днов К. В. Профилактика суицидального поведения в Вооруженных Силах Российской Федерации. *Методические указания*. М.; 2013.
15. Розанов В. А. Гены и суицидальное поведение. *Суицидология*. 2013; 4 (1): 3–14.
16. Руженков В. А., Руженкова В. В. Некоторые аспекты суицидального поведения учащейся молодежи и возможные пути предупреждения. *Сибирский вестн. психиатрии и наркологии*. 2011; № 4: 52–4.
17. Старшенбаум Г. В. *Суицидология и кризисная психотерапия*. М.: Когито-Центр; 2005.
18. Трунов Д. Г. К вопросу об этапах суицидальной активности. *Вестн. Пермского ун-та*. 2012; 11 (3): 133–9.
19. Чуприков А. П., Пилигтна Г. Я., Войцех В. Ф. *Суицидология. Основные термины и понятия: методическое пособие*. К., 1999.
20. Шамрей В. К. и др. *Мониторинг психического здоровья военнослужащих на различных этапах прохождения военной службы*. *Воен.-мед. журн*. 2011; 332 (6): 53–8.
21. Шамрей В. К. и др. Психическое здоровье военнослужащих, совершивших суицидальные попытки. *Вестн. Рос. воен.-мед. akad*. 2010; 30 (2): 56–9.
22. Юсупова Г. В., Климанова Н. Г., Галиуллина А. А. Психозомоциональное здоровье подростков как основа устойчивости личности к факторам, провоцирующим суицид. *Вектор науки Тольятинского гос. ун-та. Серия: педагогика, психология*. 2015; 20 (1): 240–4.
23. Яценко К. О. Эмоционально-неустойчивое расстройство личности у военнослужащих по призыву — суицидальное поведение. *Тюменский медицинский журнал*. 2014; 16 (1): 27.
24. *Clinical practice guideline for assessment and management of patients at risk for suicide / Department of Veterans Affairs, Department of Defense*. 2013. Available at: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=47023> (Accessed 11.09.2013).

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения: методические рекомендации. М.; 1980: 55.
2. Амбрумова А. Г. Социальная дезадаптация и суицид. В кн.: *Сб. трудов НИИ психиатрии им. Асатиани*. 1974; 19–20: 47–9.
3. Демченко Ж. Л., Сюрис Н. А. К вопросу об аутоагрессивном поведении военнослужащих. *Тюменский мед. журн*. 2013; 2: 81–5.
4. Дмитриева Н. В., Короленко Ц. П., Левина Л. В. Психологические особенности личности суицидальных подростков. *Вестн. Кемеровского гос. ун-та*. 2015; 61 (1–1): 127–34.
5. Игумнов С. А. Особенности парасуицидального поведения подросткового населения г. Минска. *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2007; 7 (1): 108–12.
6. Корень Е. В. Дети как группа риска: фокус на подростковых суицидах. *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2006; 6 (2): 129–38.
7. Лаврова О. В. Статистика и некоторые медико-социальные аспекты самоубийств. *Главный врач*. 2015; 2: 50–65.

