Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова
2025, т. 125, №8, с. 35–42
https://doi.org/10.17116/jnevro202512508135

S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry
2025, vol. 125, no. 8, pp. 35–42
https://doi.org/10.17116/jnevro202512508135

Суицидальное поведение у подростков

© М.А. ОМЕЛЬЧЕНКО[1], Т.Е. ОБОДЗИНСКАЯ[1], В.О. ГЕНЕРАЛОВ[1, 2]

[1]ООО «МедЛайн», Научно-исследовательский центр проблем поколенческой дегенерации, Москва, Россия;
[2]ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия

Резюме

Обзор посвящен такой актуальной проблеме, как самоубийства в подростковом возрасте. Анализируется распространенность суицидального поведения подростков в мире и в России, выявляются его основные причины. Представляется, что почвой для суицидальной активности являются в первую очередь психопатологические расстройства как в рамках установленных психиатрических диагнозов, так и на продромальном этапе психической патологии, когда только появляются первые нестойкие и неспецифичные симптомы. При триггерном действии внешних причин такая патологическая почва легко приводит к формированию суицидальной готовности подростка, чем объясняется частое несоответствие незначительности провоцирующих факторов и серьезности последствий суицидальной активности. Это определяет необходимость раннего распознавания первых симптомов будущего психического заболевания и установление их роли в формировании суицидального поведения в подростковом возрасте.

Ключевые слова: *суицид, подростки, депрессивный эпизод, продромальный этап, протективные факторы.*

Информация об авторах:
Омельченко М.А. — https://orcid.org/0000-0001-8343-168X
Ободзинская Т.Е. — https://orcid.org/0000-0003-3371-7537
Генералов В.О. — https://orcid.org/0000-0002-7328-5698
Автор, ответственный за переписку: Омельченко М.А. — e-mail: omelchenko-ma@yandex.ru

Как цитировать:
Омельченко М.А., Ободзинская Т.Е., Генералов В.О. Суицидальное поведение у подростков. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2025;125(8):35–42. https://doi.org/10.17116/jnevro202512508135

Suicidal behavior in adolescents

© M.A. OMELCHENKO[1], I.E. OBODZINSKAYA[1], V.O. GENERALOV[1, 2]

[1]Medline LLC, Research Center for Problems of Generational Degeneration, Moscow, Russia;
[2]Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

Abstract

The review addresses an urgent problem of suicide in adolescents. The prevalence of suicidal behavior in adolescents worldwide and In Russia is analyzed, and its main causes are identified. It is believed that the basis for suicidal activity is primarily psychopathological disorders, both as part of established psychiatric diseases and at the prodromal stage of mental disorders, when the first transient and nonspecific symptoms appear. When triggered by external causes, such a pathological basis easily leads to the adolescent's suicidal readiness, which explains the common discrepancy between the insignificance of provoking factors and the severity of the consequences of suicidal activity. It determines the need for early recognition of the first symptoms of future mental illness and the establishment of their role in the development of suicidal behavior in adolescents.

Keywords: *suicide, adolescents, depressive episode, prodromal stage, protective factors.*

Information about the authors:
Omelchenko M.A. — https://orcid.org/0000-0001-8343-168X
Obodzinskaya T.E. — https://orcid.org/0000-0003-3371-7537
Generalov V.O. — https://orcid.org/0000-0002-7328-5698
Corresponding author: Omelchenko M.A. — e-mail: omelchenko-ma@yandex.ru

To cite this article:
Omelchenko MA, Obodzinskaya IE, Generalov VO. Suicidal behavior in adolescents. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2025;125(8):35–42. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/jnevro202512508135

Суициды у несовершеннолетних остаются актуальной проблемой, имеющей общемировое значение. Самоубийства являются второй по распространенности причиной смерти в детском и подростковом возрасте, в то время как в других возрастных группах они занимают десятое место [1]. Суицидальные мысли редко фиксируются у детей до 10 лет, их частота стремительно нарастает в возрасте от 12 до 17 лет [1]. В среднем суицидальные попытки подростки начинают предпринимать в течение 1—2 лет после появления суицидальных мыслей [2], при этом у $^1/_3$ подростков с суицидальными мыслями появляется план совершения суицида, а 60% подростков, имеющих такой план, приступают к его реализации [3]. Первые попытки предпринимаются в 12 лет, количество их увеличивается к середине пубертатного возраста [2]. Подростки старшего возраста (15—19 лет) совершают самоубийства в 4 раза чаще, чем дети 10—14 лет [4].

Цель настоящего обзора — анализ причин формирования суицидального поведения в подростковом возрасте с последующей разработкой эффективных мер превенции такого поведения.

Проведен поиск полнотекстовых статей на русском языке в базе данных eLibrary.ru (с использованием ключевых слов: «суицид», «суицидальное поведение», «подростки», «психическое расстройство», «депрессия», «продромальный этап») и на английском языке в электронной базе данных PubMed (по ключевым словам: «suicide», «suicidal behavior», «adolescents», «mental disorder», «depression», «prodromal stage»).

Эпидемиология

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), показатель подростковых самоубийств на 100 000 населения значительно варьирует в разных странах **(табл.1)**.

По отечественным эпидемиологическим данным, распространенность подростковых суицидов в России составляет 1,3 случая на 100 000 населения с минимальными показателями в Центральном федеральном округе (0,6) и максимальными — в Сибирском федеральном округе (2,7) [6]. Такие различия в показателях ВОЗ и РФ могут объясняться особенностями учета причины смерти, которые не всегда можно трактовать однозначно. В России высок процент смертности от «повреждений с неопределенными намерениями» (Y10—Y34 по МКБ-10), которые, несомненно, включают и скрытые самоубийства [7]. Также выявляются существенные различия в фиксации количества смертей в результате самоубийства по данным Федеральной службы государственной статистики (РОССТАТ) и Следственного комитета России (СК). По данным РОССТАТ, количество самоубийств среди несовершеннолетних в 2018 г. составило 397, в 2019 г. — 372, а в 2020 г. — 311. СК приводит другие данные: в 2018 г. было 788 смертей, в 2019 г. — 737, в 2020 г. — 548, что в среднем в 1,8 раза выше [8]. Данные СК представляются более достоверными, так как учитываются не только явные случаи суицида, но также факты самоубийств, установленные в ходе расследования уголовных дел.

Таблица 1. **Уровень самоубийств среди подростков 15—19 лет в разных странах [5]**
Table 1. **The suicide rate among adolescents aged 15—19 in different countries [5]**

Страна	Год	Число человек на 100 000 населения
Аргентина	2021	8,5
Армения	2022	8,2
Австрия	2021	5,5
Беларусь	2018	9,5
Бельгия	2020	4,5
Бразилия	2020	6,2
Болгария	2021	2,5
Гайана	2019	32,6
Германия	2020	4,0
Грузия	2020	1,5
Дания	2021	4,1
Доминиканская республика	2018	5,1
Израиль	2020	2,3
Ирландия	2020	7,6
Исландия	2022	9,0
Испания	2021	2,2
Италия	2020	2,4
Казахстан	2021	7,3
Канада	2022	7,8
Колумбия	2021	8,4
Куба	2021	2,9
Латвия	2021	3,3
Литва	2022	4,6
Мексика	2021	7,6
Монголия	2021	19,1
Новая Зеландия	2016	13,8
Норвегия	2016	10,1
Парагвай	2021	15,8
Польша	2021	7,9
Российская Федерация	2019	7,4
Сербия	2022	1,2
Сингапур	2022	8,2
Словения	2020	8,5
США	2021	11,0
Таиланд	2019	3,5
Узбекистан	2019	16,3
Украина	2019	7,6
Уругвай	2020	17,1
Финляндия	2020	9,3
Франция	2020	3,8
Чехия	2021	6,1
Швеция	2022	5,4
Швейцария	2021	6,6
Эстония	2022	7,4
Япония	2021	11,5

При анализе гендерного соотношения суицидентов установлено, что до 11 лет отсутствуют половые различия в распространенности самоубийств, а в последующем выявляется своеобразный парадокс: подростки-девочки чаще испытывают суицидальные мысли и у них выше риск попыток самоубийства (отношение шансов (ОШ) 1,96, 95% ДИ 1,54—2,50), а чаще умирают в результате завершенного суицида подростки-мальчики (ОШ 2,50, 95% ДИ 1,8—3,6) [9, 10].

Факторы риска

В силу крайней актуальности проблемы суицидального поведения подростков многие исследователи фокусируют внимание на поиске наиболее значимых факторов риска совершения суицида. Так, по данным ВОЗ, описано более 800 причин совершения самоубийства, которые структурируются в рамках следующих групп: экологические, социальные, психологические, семейные и индивидуальные [11], и могут напрямую или косвенным образом, изолированно или в комбинации с другими факторами формировать предрасположенность к суициду. Однако одно лишь знание о существовании столь разнообразных факторов риска подросткового самоубийства не сможет способствовать комплексному пониманию проблемы и разработке профилактических мероприятий.

С другой стороны, в настоящее время формируется представление, что подростковый суицид — это в первую очередь результат импульсивного действия, так называемый красивый жест, который совершается под влиянием эмоционально окрашенных представлений [12] в современной подростковой «клиповой культуре», отличающейся мозаичностью и фрагментарностью картины мира [13]. Однако эпидемиологические данные показывают иное, на первый план выходят не шантажно-демонстрационные формы суицидального поведения, а личная трагедия ребенка [14].

В ранее проведенном исследовании J. Boergers и соавт. [15] особое внимание было уделено расспросу подростков, предпринявших попытку суицида, с выявлением причины такого поведения. Как видно из **табл. 2**, элементы демонстративности присутствовали в $^1/_3$ случаев, но именно желание умереть стало ведущим мотивом совершения самоубийства.

По данным исследования, наиболее распространенными причинами попыток самоубийства были внутриличностные, а не межличностные факторы. Сходные результаты были продемонстрированы и в других исследованиях. Так, E. Shneidman [16] показал что ведущей причиной самоубийства является невыносимая психологическая боль, которая настолько доминирует в сознании, что подросток готов на все, лишь бы прекратить это мучение. Среди внутренних причин указывается безнадежность, сопровождающаяся чувством безысходности с утратой всякой надежды на улучшение положения в будущем [17]. Благодатная почва для формирования суицидальных мыслей — стойкие мысли о собственной неполноценности, приводящие к постоянной самокритике [18]. Предрасполагающей к совершению суицида является такая черта личности, как перфекционизм, заставляющая подростка чрезмерно критически относиться к результатам собственной деятельности и считать их неудовлетворительными [19].

В рамках дополнения представления о ведущей роли внутриличностных причин в качестве фактора риска суицида можно рассматривать концепцию «внешнего ключа» [20], которая свидетельствует о наличии внешнего триггерного фактора, запускающего процесс формирования суицидального поведения на фоне уже имеющейся предрасположенности к нему.

В качестве таких факторов доминирующее положение занимают проблемы в детско-родительских (68,4%) и романтических (10,5%) отношениях, в коммуникации со сверстниками, сложности в обучении [14]. По другим данным, причинами суицида, помимо конфликта с родителями, который сохраняет свое лидирующее положение (54%), могут быть: трудности в учебе и страх перед сдачей ЕГЭ (52%), алкогольное или наркотическое опьянение (50%), безответная любовь, расставание с любимым человеком или измена (48%), жестокое обращение или неизлечимая болезнь (30%), желание привлечь к себе внимание или наказать обидчиков (26%), одиночество (26%), влияние субкультуры (24%), подражание кумиру (22%), страх перед будущим (22%), конфликт со сверстниками (6%) [21].

Психологическую значимость триггерных факторов можно объяснить развитием у подростка эмоций «разрушающих связи», когда в силу физиологической незрело-

Таблица 2. **Причины совершения суицида у подростков [15]**
Table 2. **Causes of suicide in adolescents [15]**

Причины суицида	Указали в качестве причины (*n* (%))	Указали в качестве ведущей причины (*n* (%))
Умереть	67 (56)	34 (28)
Чтобы избавиться от ужасного душевного состояния	68 (57)	22 (18)
Чтобы на время сбежать из невыносимой ситуации	66 (55)	16 (13)
Чтобы люди поняли, насколько отчаянно вы себя чувствовали	34 (28)	11 (9)
Чтобы люди пожалели о том, как они с вами обошлись; чтобы напугать или вернуть кого-то	35 (29)	5 (4)
Чтобы попытаться повлиять на кого-то или заставить его изменить свое мнение	16 (13)	1 (1)
Чтобы показать, как сильно вы кого-то любили	25 (21)	2 (2)
Чтобы узнать, действительно ли кто-то вас любит	32 (27)	6 (5)
Чтобы обратиться за помощью к кому-то	22 (18)	2 (2)
Другое	23 (19)	21 (18)

сти головного мозга, несформированности способности к логическому мышлению, к комплексному анализу текущей ситуации отдельные проблемы экстраполируются на всю область функционирования, приводя к драматическим выводам о «жизненном крахе». Так, низкая оценка по предмету в школе приводит к «разрыву» с учебной сферой, семейная ссора — к представлению о потере связи с близкими, межличностный конфликт в группе сверстников — к обрыву дружеских отношений, физическая травма — к глобальной утрате здоровья, социальная изоляция — к выпадению из социума и потере всех прежних отношений [22]. Такой подход объясняет нередкое несоответствие между внешне незначимой причиной и совершением суицидальной попытки.

Данные многочисленных исследований о наличии «внутренней почвы» готовности к суициду и всего лишь триггерном значении внешних провоцирующих факторов приводят к необходимости анализа психопатологического состояния подростков, совершивших суицидальную попытку.

Связь с психическими расстройствами

По данным «психологического вскрытия», до 90% подростков, совершивших самоубийство, имели, по крайней мере, один психиатрический диагноз, а около 70% из них — два и более [23]. О связи психических заболеваний и риска совершения суицида свидетельствуют и данные S. Bachmann [24], который показал, что среди лиц, совершивших попытку суицида, распространенность ментальной патологии в 10 раз больше, чем в среднем в популяции.

Среди психических расстройств в наибольшей степени связаны с риском самоубийства большой депрессивный эпизод (ОШ=27,0), биполярное аффективное расстройство (ОШ=9,0), расстройство поведения (ОШ=6,0); злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ), которое в сочетании с аффективной патологией существенно увеличивает риск суицида, чем в изолированном виде (ОШ=17,0 против 3,3 соответственно) [25].

У подавляющего большинства (82%) суицидентов диагностирована депрессия [25], причем чаще всего (52%) длительность депрессивного эпизода составляет более 3 мес. По данным отечественных исследователей, около 50% подростков незадолго до совершения суицида демонстрировали различные особенности поведения в виде замкнутости, раздражительности, признаков снижения настроения [13]. Ж.Р. Гарданова и соавт. [26] описали признаки суицидальной готовности подростка, среди которых: проблемы со сном, потеря аппетита, безразличие, стремление к уединению, внезапные изменения во внешности и поведении, беспокойство и агрессия, чувство безнадежности, снижение концентрации внимания, постоянная подавленность и уныние, постепенное нарастание замкнутости, переходящей в изоляцию, что свидетельствует в пользу формирования депрессивного состояния. Отечественные исследователи так же, как и зарубежные, указывают на тот факт, что большинство (59,4%) подростков, совершивших суицидальную попытку, уже наблюдались у психиатра и получали специализированную терапию, при этом в 7,5% случаев летальная суицидальная попытка была повторной [27]. По данным Е.В. Малининой с соавт. [28], 54,7% подростков ранее обращались за амбулаторной помощью, включая психологов (15,8%), психотерапевтов (12,6%), неврологов (7,4%).

Установлена высокая частота формирования подавленного настроения и употребления алкоголя у подростков. Так, при проведении опросов школьников от 20 до 40% учащихся сообщали о подавленном настроении [29], при этом опыт употребления алкоголя к 8 классу имели 44% школьников, а к окончанию школы это число возрастало до 77% [30]. Наиболее высока вероятность развития депрессии у девушек 16—19 лет, употребляющих алкоголь, которая в 6 раз выше, чем в группе контроля [31]. Употребление алкоголя в контексте подростковой депрессии может рассматриваться как дезадаптивный механизм преодоления стресса, который потенцирует риск совершения суицидальной попытки [32]. Помимо алкоголя, указывается связь и других ПАВ (сигарет, электронных сигарет, марихуаны и опиатов) с риском суицидального поведения. Установлено, что подростки, употреблявшие указанные ПАВ в 3—5 раз чаще испытывали суицидальные мысли (ОШ=3,8, $p<0,05$), планировали самоубийство (ОШ=3,5, $p<0,05$) и совершали суицидальные попытки (ОШ=4,6, $p<0,05$), чем группа контроля [33].

Наиболее высок риск суицидального поведения при биполярном аффективном расстройстве (БАР), такие пациенты совершают самоубийство в 20—30 раз чаще, чем в популяции [34]. По данным A. Schaffer и соавт. [35], риск самоубийства среди пациентов с БАР оценивается в 164 случая на 100 000 человек в год. Пик заболеваемости БАР приходится на возраст от 12 до 25 лет [36], при этом в среднем от момента начала заболевания до обращения за помощью, постановки диагноза и начала терапии проходит соответственно 3,5, 6,7 и 5,9 года [37]. Ситуацию усугубляет тот факт, что диагностика БАР у подростков затруднена по причине атипичной клинической картины с доминированием раздражительности, маскирующей аффективные фазы, стертых «субклинических» депрессивных симптомов, частого формирования смешанных состояний, высокого риска стигматизации и других факторов [38]. Эпидемиологические данные показывают, что от 44 до 76% подростков, покончивших с собой, соответствуют критериям БАР [39].

Среди клинических переменных наибольшее значение имеет фактор полярности течения БАР с формированием депрессии после первого гипоманиакального эпизода (ОШ=5,99) [40]. У таких пациентов риск самоубийства в 2 раза выше. Также риск повышают быстрая цикличность течения БАР, возбуждение, тревога и бессонница [41].

В результате исследования, проведенного H. Dong и соавт. [42], было обследовано 295 подростков с большим депрессивным эпизодом и 205 — с БАР. Установлено, что частота суицидальных попыток у первых составила 52,5%, у вторых — 56,4%. При этом у подростков с БАР выявлена достоверно большая частота суицидальных мыслей ($p<0,001$), также им было труднее справиться с возникающими суицидальными мыслями ($p=0,028$) по сравнению с подростками с большим депрессивным эпизодом [43].

Из имеющихся расстройств личности (РЛ) в наибольшей степени с суицидальным поведением связаны РЛ кластера В, включающие среди прочих пограничное РЛ (ПРЛ). В общей популяции распространенность ПРЛ у 16-летних подростков составляет 1,4%, в амбулаторном психиатрическом звене частота ПРЛ увеличивается до 11%, а в стационарном — до 50% [44]. При этом уже первые клинические симптомы формирующегося ПРЛ имеют связь с риском

суицидального поведения [45]. Установлено, что у порядка 75% пациентов с ПРЛ были зафиксированы суицидальные попытки [46].

У подростков к самым ранним симптомам формирующегося ПРЛ относятся рискованное поведение и самоповреждения [47]. По данным S. Yen и соавт. [48], у них достоверно чаще, чем в группе контроля, встречаются самоповреждающее поведение (91,7% против 70,8%), импульсивность (85,4% против 40,3%), аффективная нестабильность (85,4% против 36,1%). По данным C. Wang и соавт. [49], именно импульсивность, которая лежит в основе патохарактерологических черт ПРЛ, является предвестником суицидальных мыслей у подростков.

Самоповреждающее поведение само по себе не направлено на причинение смерти, однако служит неадаптивной копинг-стратегией преодоления эмоциональной боли, стресса или травмы и имеет корреляцию с последующими попытками самоубийства [50]. По этой же причине суицидальный контент различных Интернет-ресурсов обладает значительным негативным эффектом, особенно в отношении подростков с ПРЛ, так как трансляция суицидальных сцен и имитационных суицидов соответствующим образом моделирует поведение и снижает внутренние запреты на самоубийство [51].

У подростков, совершивших умышленное самоповреждение, риск погибнуть от самоубийств в течение последующего года более чем в 30 раз выше, чем ожидаемая смертность в общей популяции [52]. При этом риск сохраняется достаточно длительный период: так, в течение 9 лет, последующих после первого самоповреждения, около 7% лиц погибают от самоубийства [53].

Необходимо обратить внимание на тот факт, что 68% подростков, которые пытались покончить с собой, никогда ранее не демонстрировали суицидальные мысли или поведение [54]. По другим данным, 45,3% подростков, совершивших суицидальные попытки, никогда ранее не обращались за помощью и не имели каких-либо диагнозов [28]. Такой высокий процент суицидентов, у которых не было установлено психическое расстройство, требует тщательного анализа в рамках концепции о необходимости наличия внутренней почвы для совершения суицида.

Пубертат является предпочтительным возрастом для начала ментальной патологии [55], развернутой клинической картине которой предшествует довольно длительный продромальный этап, по некоторым данным, до 24 мес [56]. В рамках этого этапа у подростка впервые появляются отдельные, поначалу нестойкие и неспецифические психопатологические симптомы. Установлено, что одним из таких продромальных симптомов является чувство безнадежности. Ранее A. Beck и соавт. [57], проведя исследование на обширной выборке из 384 пациентов, установили ключевую роль чувства безнадежности в формировании суицидального поведения. Позже было показано, что исходное чувство безнадежности положительно коррелирует с суицидальными мыслями (p=0,0027), независимо от изменений в степени тяжести депрессии даже на фоне лечения [58]. По полученным данным, увеличение базового общего балла безнадежности на единицу по шкале безнадежности Бека связано с увеличением прогнозируемых или ожидаемых суицидальных мыслей на 6,3%. Безнадежность в сочетании с употреблением ПАВ является наиболее прогностически опасной для совершения суицидальной попытки уже на продромальном этапе. По данным исследования S. Desai с соавт. [59], 48,4% подростков, употреблявших ПАВ, сообщали о наличии безнадежности, 36,3% из них высказывали суицидальные мысли, в то время как показатели у подростков без злоупотреблений составили 27,8 и 15,1% соответственно.

Другими ключевыми продромальными симптомами, связанными с суицидальным поведением, являются когнитивные нарушения, которые впервые выявляются задолго до формирования отчетливой клинической картины психического расстройства. Согласно нейропсихологическим исследованиям, у пациентов с суицидальными мыслями определяются нарушение исполнительных функций, снижение скорости двигательных реакций и общего нейропсихологического функционирования [60]. По данным других исследований, с риском суицида коррелируют такие явления, как нарушение контроля внимания [9] и нарушения памяти [61].

Таким образом, формирующаяся психопатологическая симптоматика продромального этапа того или иного психического расстройства может служить той «внутренней почвой», которая определяет появление суицидальных мыслей и приводит к суицидальному поведению. Установление наиболее значимых продромальных симптомов, повышающих риск подростковых суицидов, является актуальным и перспективным направлением будущих исследований.

Протективные факторы

Разработка превентивных мероприятий в отношении подростковых суицидов является первостепенной задачей исследователей и клиницистов.

В качестве ведущих защитных факторов в предотвращении самоубийств у подростков признается роль семьи и окружающего микросоциума [62].

Семья считается важным контекстом жизни и развития подростков и тесно связана с их психическим и физическим благополучием, а также с перспективами на будущее. Согласно теории экосистемы, семья — это микросистема, которая оказывает глубокое влияние на индивидуальное развитие. Стили воспитания, семейные отношения и атмосфера в доме, равно как и уровень образования родителей, тесно связаны с психическим здоровьем детей [63]. Наибольшим значением обладает формирование надежной привязанности подростка к своей семье [64]. Поэтому представляется крайне актуальной разработка психообразовательных программ для родителей, направленных на понимание особенностей пубертатного периода, создание доброжелательной обстановки, способствующей укреплению детско-родительских отношений, а также на формирование настороженности в отношении первых признаков психического неблагополучия у подростка и знания алгоритма действий в связи с этим.

Роль микросоциального окружения подростка в первую очередь определяется наличием дружеских отношений. При проведении опроса школьников, направленного на выяснение их действий в ответ на информацию о суицидальных мыслях близкого друга или подруги, была установлена проактивная позиция. Так, 64% опрошенных сообщили, что попытаются предотвратить суицид, 62% — будут отговаривать друга от подобного шага, 38% — обратятся за помощью к взрослым (причем максимальный процент обращений (30%) будет к родителям, что подчеркивает значи-

мость роли семьи, к психологам и медикам обратятся 6% опрошенных, к полицейским — 2%, к сожалению, к преподавателям подростки обращаться не склонны — 0%). Не знают, как поступят, $^{1}/_{5}$ (24%) часть опрошенных, и лишь 12% респондентов склоняются к позиции «это выбор человека, не стану мешать» [21].

Другими немаловажными антисуицидальными факторами являются знание подростка, куда обращаться за медицинской помощью [65, 66], а также ограниченный доступ к средствам совершения суицида [67].

В рамках крупного исследования 1790 школьников (средний возраст 15,7 года) изучались основные протективные факторы [68]. Установлено, что суицидальное поведение отрицательно коррелирует с самооценкой и личным благополучием. При этом отчетливой связи с такими внешними факторами, как просоциальное поведение, успеваемость, социально-экономический статус, вовлеченность в школьную жизнь, травля и кибербуллинг, выявлено не было. Таким образом, само по себе психическое здоровье подростка с позитивным восприятием себя, высокой самооценкой, социальной компетентностью, удовлетворением своим внешним видом, высоким уровнем физической активности [69], сопричастностью к религии [70], широким кругозором и высоким культурным уровнем [71] является наиболее важным протективным фактором суицидального поведения.

Полноценный сон как основной маркер психического здоровья достоверно коррелирует со снижением риска суицида. В крупном метаанализе [72] 11 исследований с общей выборкой 446 033 подростков выявлена нелинейная зависимость между риском самоубийства и продолжительностью сна. Наименьший риск попыток самоубийства наблюдался при длительности ночного сна 8—9 ч, риск суицидальных намерений снижался на 11% при увеличении продолжительности сна на 1 ч.

Заключение

Суицидальная активность подростков в первую очередь связана с формированием так называемой внутренней почвы, под которой понимается наличие психопатологической симптоматики. В большинстве случаев суициды совершают подростки с клинически развернутым психическим расстройством, преимущественно аффективного спектра. В остальных случаях нельзя исключить влияние первых клинически невыраженных продромальных симптомов психического расстройства, которые в сочетании с внешними провоцирующими факторами приводят к суицидальной готовности. Разработка профилактических мер подростковых самоубийств должна осуществляться с учетом раннего распознавания первых симптомов надвигающегося психического неблагополучия.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflicts of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Center for Disease Control and Prevention (CDC) Web-based Injury Statistics Query and Reporting System [Data file] 2017 Retrieved January 26, 2017 from:
https://www.cdc.gov/injury/wisqars/fatal_injury_reports.html]
2. Glenn CR, Lanzillo EC, Esposito EC, et al. Examining the course of suicidal and nonsuicidal self-injurious thoughts and behaviors in outpatient and inpatient adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2017;45(5):971-983. https://doi.org/10.1007/s10802-016-0214-0
3. Cha CB, Franz PJ, M Guzmán E, et al. Annual Research Review: Suicide among youth — epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018;59(4):460-482.
https://doi.org/10.1111/jcpp.12831
4. Hink AB, Killings X, Bhatt A, et al. Adolescent Suicide-Understanding Unique Risks and Opportunities for Trauma Centers to Recognize, Intervene, and Prevent a Leading Cause of Death. *Curr Trauma Rep*. 2022;8(2):41-53.
https://doi.org/10.1007/s40719-022-00223-7
5. Global Health Observatory (GHO), World Health Organization (WHO). Accessed April 22, 2025.
https://humancapital.worldbank.org/en/indicator/WB_HCP_SUICIDE_15_19
6. Положий Б.С. Суициды среди несовершеннолетних (эпидемиологический аспект). *Суицидология*. 2019;10,1(34):21-26.
Polozhy BS. Suicides among minors (epidemiological aspect). *Suicidologiya*. 2019;10,1(34):21-26. (In Russ.).
https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-21-26
7. Аминов И. Самоубийства и их профилактика в России, 2019: основные факты. *Демоскоп Weekly*. 2020;869-870.
Aminov I. Samoubiistva i ih profilaktika v Rossii, 2019: osnovnie fakti. *Demoskop Weekly*. 2020;869-870. (In Russ.).
https://www.demoscope.ru/weekly/2019/0823/suicide.php
8. *Doklad o deyatel'nosti upolnomochennogo pri prezidente Rossiiskoi Federatsii po pravam rebenka v 2021*, August 23, 2022 [Report on the activities of the Presidential Commissioner for Children's Rights in 2021, August 23, 2022]. [Electronic resource]. Accessed: 04.06.2023 (In Russ.). Available at:
https://deti.gov.ru/detigray/upload/documents/August2022/OucV7OrXs-DXYb6xBrHFF.pdf
9. Cha CB, Najmi S, Park JM, et al. Attentional bias toward suicide-related stimuli predicts suicidal behavior. *J Abnorm Psychol*. 2010;119(3):616-622.
https://doi.org/10.1037/a0019710
10. Miranda-Mendizabal A, Castellví P, Parés-Badell O, et al. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Public Health*. 2019;64(2):265-283.
https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1
11. Liu XQ, Wang X. Adolescent suicide risk factors and the integration of social-emotional skills in school-based prevention programs. *World J Psychiatry*. 2024;14(4):494-506.
https://doi.org/10.5498/wjp.v14.i4.494
12. Березанцев А.Ю., Батуева Н.Г., Тудопова Е.Ц. Вопросы суицидального поведения у детей и подростков. *Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Познание*. 2023;1:54-59.
Berezantsev AYu, Batueva NG, Tudopova EC. Issues of suicidal behavior in children and adolescents. *Sovremennaya nauka: aktual'nye problemy teorii i praktiki. Seriya: Poznanie*. 2023;1:54-59. (In Russ.).
13. Батуева Н.Г., Березанцев А.Ю., Тудупова Т.Ц. Завершенные суициды у детей и подростков: клинико-психологический анализ. *Живая психология*. 2022;9(4(36)):11-19.
Batueva NG, Berezantsev AYu, Tudupova TC. Completed suicides in children and adolescents: a clinical and psychological analysis. *Zhivaya psihologiya*. 2022;9(4(36)):11-19. (In Russ.).
https://doi.org/10.58551/24136522_2022_9_4_11
14. Зотов П.Б., Гарагашева Е.П. Суицидальные действия подростков в Тюменской области в 2017—2022 гг. (стратегия превенции). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2023;4(121):97-109.
Zotov PB, Garagasheva EP. Suicidal actions of adolescents in the Tyumen region in 2017—2022. (prevention strategy). *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii*. 2023;4(121):97-109. (In Russ.).
https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-4(121)-97-109

15. Boergers J, Spirito A, Donaldson D. Reasons for adolescent suicide attempts: associations with psychological functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37(12):1287-1293. https://doi.org/10.1097/00004583-199812000-00012

16. Shneidman ES. Commentary: suicide as psychache. *J Nerv Ment Dis*. 1993;181:145-147. https://doi.org/10.1097/00005053-199303000-00001

17. Williams JMG, Pollock LR. Psychological aspects of the suicidal process. In: van Heeringen k, ed. *Understanding Suicidal Behaviour: The Suicidal Process Approach to Research, Treatment and Prevention*. Chichester: Wiley; 2001;76-94.

18. Donaldson D, Spirito A, Farnett E. The role of perfectionism and depressive cognitions in understanding the hopelessness experienced by adolescent suicide attempters. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2000;31:99-111. https://doi.org/10.1023/A:1001978625339

19. Freudenstein O, Valevski A, Apter A, et al. Perfectionism, narcissism, and depression in suicidal and nonsuicidal adolescent inpatients. *Compr Psychiatry*. 2012;53:746-752. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2011.08.011

20. Зотов П.Б. «Внешний ключ» — как элемент суицидальной динамики и объект психологического воздействия у подростков. *Тюменский медицинский журнал*. 2013;3:42-44.
Zotov PB. «Foreign key» as an element of suicidal dynamics and an object of psychological influence in adolescents. *Tyumenskij medicinskij zhurnal*. 2013;3:42-44. (In Russ.).

21. Дементьева А.О., Паньшина Е.В. Проблема подросткового суицида в современном обществе. *Международный научный журнал «Вестник науки»*. 2021;39(6):158-161. Ссылка активна на 07.05.2025.
Dementyeva AO, Panshina EV. The problem of adolescent suicide in modern society. *Mezhdunarodnyj nauchnyj zhurnal «Vestnik nauki»*. 2021;39(6):158-161. (In Russ.). Accessed May 7, 2025. https://www.вестник-науки.рф/article/4656?ysclid=mae0r7mp3j681896678

22. Пырьев Е.А., Очеретина Ю.А. Эмоциональные мотивы суицидального поведения подростков. *Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология*. 2020;4:596-609.
Pyryev EA, Ocheretina YuA. Emotional motives of suicidal behavior in adolescents. *Vestnik Permskogo universiteta. Filosofiya. Psihologiya. Sociologiya*. 2020;4:596-609. (In Russ.). https://doi.org/10.17072/2078-7898/2020-4-596-609

23. Posner K, Melvin GA, Stanley B, et al. Factors in the assessment of suicidality in youth. *CNS Spectr*. 2007;12(2):156-162. https://doi.org/10.1017/s1092852900020678

24. Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7):1425. https://doi.org/10.3390/ijerph15071425

25. Brent DA, Perper JA, Moritz G, et al. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993;32(3):521-529. https://doi.org/10.1097/00004583-199305000-00006

26. Гарданова Ж.Р., Есаулов В.И., Седова Е.О. и др. Гендерные особенности факторов риска суицидального поведения у подростков. *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. 2020;16(4(89)):131-150.
Gardanova ZhR, Esaulov VI, Sedova EO, et al. Gender-specific risk factors for suicidal behavior in adolescents. *Reproduktivnoe zdorov'e detej i podrostkov*. 2020;16(4(89)):131-150. (In Russ.). https://doi.org/10.33029/1816-2134-2020-16-4-131-150

27. Макушкин Е.В., Макушкина О.А., Хайретдинов О.З. и др. Популяционное исследование суицидального поведения у детей и подростков в Российской Федерации в 2023 г. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2024;124(11-2):27-35.
Makushkin EV, Makushkina OA, Khayretdinov OZ, et al. The population-based study of suicidal behavior in children and adolescents in the Russian Federation in 2023. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2024;124(11-2):27-35. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/jnevro202412411227

28. Малинина Е.В., Забозлаева И.В., Митюшкин А.Е. Поведенческие феномены депрессий в подростковом возрасте. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2023;123 (11-2):9-13.
Malinina EV, Zabozlaeva IV, Mityushkin AE. Behavioral phenomena of depression in adolescence. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2023;123(11-2):9-13. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/jnevro20231231129

29. Hankin BL, Abramson LY. Measuring cognitive vulnerability to depression in adolescence: Reliability, validity, and gender differences. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2002;31:491-504. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3104_8

30. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG et al. *Monitoring the future national results on adolescent drug use: Overview of key findings*. Bethesda, MD: Nat Inst Drug Abuse. 2004 c. 67, NIH Publication No. 05-5726.

31. Deykin EY, Levy JC, Wells V. Adolescent depression, alcohol and drug abuse. *Am J Public Health*. 1987;77:178-182. https://doi.org/10.2105/ajph.77.2.178

32. Galaif ER, Sussman S, Newcomb MD, et al. Suicidality, depression, and alcohol use among adolescents: a review of empirical findings. *Int J Adolesc Med Health*. 2007;19(1):27-35. https://doi.org/10.1515/ijamh.2007.19.1.27

33. Yang Y. Suicidal Thoughts and Behaviors Among US Adolescents: The Cumulative Effects of Polysubstance Use Behaviors. *Subst Use Misuse*. 2024;59(13):1930-1937. https://doi.org/10.1080/10826084.2024.2392504

34. Miller JN, Black DW. Bipolar Disorder and Suicide: a Review. *Curr Psychiatry Rep*. 2020;22:6. https://doi.org/10.1007/s11920-020-1130-0

35. Schaffer A, Isometsä ET, Tondo L, et al. International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2015;17:1-16.

36. Baldessarini RJ, Tondo L, Vázquez GH, et al. Age at onset versus family history and clinical outcomes in 1,665 international bipolar-I disorder patients. *World Psychiatry*. 2012;11(1):40-46. https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.006

37. Scott J, Graham A, Yung A, et al. A systematic review and meta-analysis of delayed help-seeking, delayed diagnosis and duration of untreated illness in bipolar disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2022;146(5):389-405. https://doi.org/10.1111/acps.13490

38. Diler R, Birmaher B. Bipolar disorders in children and adolescents. In: Rey JM, Martin A, eds. *J.M. Rey's IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2019. Accessed April 13, 2023. https://iacapap.org/_Resources/Persistent/44df0b293302dd1b876a40359f0decfd370bbb03/E.2-Bipolar-2019.pdf

39. Andersson P, Jokinen J, Jarbin H, et al. Association of Bipolar Disorder Diagnosis With Suicide Mortality Rates in Adolescents in Sweden. *JAMA Psychiatry*. 2023;80(8):796-802. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.1390

40. Izadi N, Mitchell RHB, Giacobbe P, et al. A. Suicide Assessment and Prevention in Bipolar Disorder: How Current Evidence Can Inform Clinical Practice. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2023;21(4):380-388. https://doi.org/10.1176/appi.focus.20230011

41. Holma KM, Haukka J, Suominen K, et al. Differences in incidence of suicide attempts between bipolar I and II disorders and major depressive disorder. *Bipolar Disord*. 2014;16:652-661.

42. Dong H, Wang Y, Jiang F, et al. Incidence and correlates of suicide attempts in adolescents with major depressive versus bipolar disorders: A cross-sectional study. *J Affect Disord*. 2024;354:247-252. https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.03.021

43. Huber RS, Boxer D, Smith CJ, et al. Detailed assessment of suicidal ideation in youth with bipolar disorder versus major depressive disorder. *Bipolar Disord*. 2023;25(3):200-208. https://doi.org/10.1111/bdi.13294

44. Bozzatello P, Garbarini C, Rocca P, et al. Borderline Personality Disorder: Risk Factors and Early Detection. *Diagnostics (Basel)*. 2021;11(11):2142. https://doi.org/10.3390/diagnostics11112142

45. Paris J. *Personality disorders and suicidal behaviour*. International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice. 2011;109-117.

46. Goodman M, Tomas IA, Temes CM, et al. Suicide attempts and self-injurious behaviours in adolescent and adult patients with borderline personality disorder. *Personal Ment Health*. 2017;11(3):157-163. https://doi.org/10.1002/pmh.1375

47. Blaha Y, Cavelti M, Lerch S, et al. Risk-taking and self-harm behaviors as markers of adolescent borderline personality disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024;33(8):2743-2753. https://doi.org/10.1007/s00787-023-02353-y

48. Yen S, Gagnon K, Spirito A. Borderline personality disorder in suicidal adolescents. *Personal Ment Health*. 2013;7(2):89-101. https://doi.org/10.1002/pmh.1216

49. Wang C, Yang Y, Jiang Z, et al. The impact of impulsivity and academic achievement on suicidal ideation in adolescents: a cross-lagged panel analysis. *J Early Adolesc*. 2022;42(8):969-994. https://doi.org/10.1177/02724316221088754

50. Bryan CJ, Bryan AO, Ray-Sannerud BN, et al. Suicide attempts before joining the military increase risk for suicide attempts and severity of suicidal ideation among military personnel and veterans. *Compr Psychiatry*. 2014;55:534-541. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2013.10.006

51. Яковлева А.В. Влияние Интернет-ресурсов суицидальной направленности на суициды у подростков. Мифы и реальность. *Forcipe*. 2020;3(S1):729-730.
Yakovleva AV. The influence of Internet resources of suicidal orientation on suicides in adolescents. Myths and reality. *Forcipe*. 2020;3(S1):729-730. (In Russ.).

52. Hawton K, Bale L, Brand F, et al. Mortality in children and adolescents following presentation to hospital after non-fatal self-harm in the Multicentre Study of Self-harm: a prospective observational cohort study. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;4 (2):111-120. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30373-6

53. Chen VC, Tan HK, Cheng AT, et al. Non-fatal repetition of self-harm: population-based prospective cohort study in Taiwan. *Br J Psychiatry*. 2010;196(1):31-35. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.067009

54. Castellví P, Lucas-Romero E, Miranda-Mendizábal A, et al. Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: a systematic review with meta-analysis. *J Affect Disord*. 2017;215:37-48. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.035

55. Uhlhaas PJ, Davey CG, Mehta UM, et al. Towards a youth mental health paradigm: a perspective and roadmap. *Mol Psychiatry*. 2023;28(8):3171-3181. https://doi.org/10.1038/s41380-023-02202-z

56. Jackson A, Cavanagh J, Scott J. A systematic review of manic and depressive prodromes. *J Affect Disord*. 2003;74(3):209-217. https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00266-5

57. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Hopelessness and suicidal behavior. An overview. *JAMA*. 1975;234(11):1146-1149. https://doi.org/10.1001/jama.1975.03260240050026

58. Wolfe KL, Nakonezny PA, Owen VJ, et al. Hopelessness as a Predictor of Suicide Ideation in Depressed Male and Female Adolescent Youth. *Suicide Life Threat Behav*. 2019;49(1):253-263. https://doi.org/10.1111/sltb.12428

59. Desai S, Jain V, Xavier S, et al. Hopelessness, Suicidality, and Co-Occurring Substance Use among Adolescent Hallucinogen Users-A National Survey Study. *Children (Basel)*. 2022;9(12):1906. https://doi.org/10.3390/children9121906

60. Pu S, Setoyama S, Noda T. Association between cognitive deficits and suicidal ideation in patients with major depressive disorder. *Sci Rep*. 2017;7(1):11637. https://doi.org/10.1038/s41598-017-12142-8

61. Arie M, Apter A, Orbach I, et al. Autobiographical memory, interpersonal problem solving, and suicidal behavior in adolescent inpatients. *Compr Psychiatr*. 2008;49(1):22-29. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2007.07.004

62. Sharaf AY, Thompson EA, Walsh E. Protective effects of self-esteem and family support on suicide risk behaviors among at-risk adolescents. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2009;22(3):160-168.

63. Liu XQ, Guo YX, Xu Y. Risk factors and digital interventions for anxiety disorders in college students: Stakeholder perspectives. *World J Clin Cases*. 2023;11:1442-1457. https://doi.org/10.12998/wjcc.v11.i7.1442

64. Yang Q, Hu YQ, Zeng ZH, et al. The Relationship of Family Functioning and Suicidal Ideation among Adolescents: The Mediating Role of Defeat and the Moderating Role of Meaning in Life. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(23):15895. https://doi.org/10.3390/ijerph192315895

65. AAP. *Risk factors, Protective factors, Warning Signs of Youth Suicide*. American Academy of Pediatrics. 2022. https://www.aap.org/en/patient-care/blueprint-for-youth-suicide-prevention/risk-factors-protective-factors-warningsigns-of-youth-suicide/ CDCP. (2022). Centers for Disease Control and Prevention.

66. Nguyen MH, Le TT, Nguyen HT, et al. Alice in Suicideland: Exploring the Suicidal Ideation Mechanism through the Sense of Connectedness and Help-Seeking Behaviors. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(7):3681. https://doi.org/10.3390/ijerph18073681

67. Florentine JB, Crane C. Suicide prevention by limiting access to methods: a review of theory and practice. *Soc Sci Med*. 2010;70(10):1626-1632. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.01.029

68. Fonseca-Pedrero E, Al-Halabí S, Pérez-Albéniz A, et al. Risk and Protective Factors in Adolescent Suicidal Behaviour: A Network Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(3):1784. https://doi.org/10.3390/ijerph19031784

69. Bakken V, Lydersen S, Skokauskas N, et al. Protective factors for suicidal ideation: a prospective study from adolescence to adulthood. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024;33:3079-3089. https://doi.org/10.1007/s00787-024-02379-w

70. Ati NAL, Paraswati MD, Windarwati HD. What are the risk factors and protective factors of suicidal behavior in adolescents? A systematic review. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2021;34(1):7-18. https://doi.org/10.1111/jcap.12295

71. Allen J, Wexler L, Rasmus S. Protective factors as a unifying framework for strength-based intervention and culturally responsive American Indian and Alaska native suicide prevention. *Prev Sci*. 2022;23(1):59-72.

72. Chiu HY, Lee HC, Chen PY, et al. Associations between sleep duration and suicidality in adolescents: A systematic review and dose-response meta-analysis. *Sleep Med Rev*. 2018;42:119-126. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2018.07.003

Поступила 11.05.2025
Received 11.05.2025
Принята к печати 02.06.2025
Accepted 02.06.2025