

УДК 159.9

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ И ВЗАИМОСВЯЗЬ
САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

Сагалакова Ольга Анатольевна,
*к.пс.н, доцент кафедры клинической психологии
Алтайского государственного университета, Барнаул, Россия
e-mail: olgasagalakova@mail.ru*

Труевцев Дмитрий Владимирович,
*к.пс.н., доцент, заведующий кафедрой клинической психологии Алтайского
государственного университета, Барнаул, Россия
e-mail: truevtsev@gmail.com*

Подолкина Елизавета Александровна,
*студентка кафедры клинической психологии Алтайского государственного
университета, Барнаул, Россия
e-mail: el.podolkina@mail.ru*

В статье рассмотрена проблема факторов риска и психологических механизмов формирования и поддержания самоповреждающего и суицидального поведения. Показано, что выявляемые корреляты суицидального поведения должны быть объяснены психологическими механизмами перехода от суицидальных мыслей, самоповреждений к собственно суицидальному поведению.

Ключевые слова: самоповреждающее и суицидальное поведение, психологические механизмы и факторы.

**PSYCHOLOGICAL MECHANISMS AND THE RELATIONSHIP OF SELF-
HARM AND SUICIDAL BEHAVIOR**

Sagalakova Olga Anatolievna,
*Ph.D., associate professor of the Department of Clinical Psychology of the Altai State
University, Barnaul, Russia
e-mail: olgasagalakova@mail.ru*

Truevtsev Dmitry Vladimirovich,
*Ph.D., head of the Department of Clinical Psychology of the Altai State University,
Barnaul, Russia
e-mail: truevtsev@gmail.com*

*Podolkina Elizaveta Alexandrovna,
student of the Department of Clinical Psychology,
Altai State University, Barnaul, Russia
e-mail: el.podolkina@mail.ru*

The article deals with the problem of risk factors and psychological mechanisms of formation and maintenance of self-harm and suicidal behavior. It is shown that the revealed correlates of suicidal behavior should be explained by the psychological mechanisms of transition from suicidal thoughts, self-harm to suicidal behavior itself.

Key words: self-harm and suicidal behavior, psychological mechanisms and factors.

Публикуется при поддержке гранта РФФИ (17-29-02420).

Суицидальное поведение – сложный системный феномен, исследование которого не может сводиться к описанию перечня корреляций и определения универсальных факторов риска. На современном этапе развития науки необходимы исследования психологических механизмов формирования антивитального (более широкое понятие, включающее любые проявления антивитальности) и суицидального поведения в подростковом и юношеском возрасте с учетом особенностей возрастного развития, закономерностей онтогенеза и особенностей факторов риска. В настоящее время все большее распространение получает такой феномен как самоповреждения (self-harm). Самоповреждающие действия в подростковом и юношеском возрасте часто направлены на регуляцию интенсивных непосредственных эмоций в ситуациях стресса [1, 2, 3]. Антивитальные действия самоповреждающего характера (намеренные самопорезы, самоожоги, самоотравления) первоначально могут не содержать собственно суицидальных намерений, однако в дальнейшем служат основой для трансформации в суицидальное поведение (Mars B., Klonsky E.D., Moran P., O'Connor R.C., др., 2019). Проблема выявления механизмов и условий трансформации самоповреждающего поведения в суицидальное в молодом возрасте – критически важная проблема [1, 2, 3, 15].

Существует субкультурная основа самоповреждающего поведения, выраженный «эффект заражения», имеющий значимое влияние на поведение подростка на фоне дисфункциональной социализации и существенного нарушения семейных отношений (нарушенные семейные отношения, отсутствие позитивного образа привязанности, опыта взаимной поддержки и заботы с поощрением инициативности и самостоятельного планирования деятельности) [3, 4]. Самоповреждения может служить доступным психологически-поведенческим средством овладения непосредственными эмоциями, особенно в сочетании с нарушением в актуальной социальной ситуации развития и невозможностью решения значимых возрастных задач [4]. Как правило в молодом возрасте стрессовыми событиями выступают ситуации оценивания, сопровождаемые дисрегуляцией социальной тревоги. Ранее нами показано, что социальная тревога в молодом возрасте также является значимым предиктором, объясняющим эскалацию антивиталяного поведения вплоть до суицидальных действий (Сагалакова О.А., Труевцев Д.В.) [2-3].

Важным фактором при закреплении самоповреждающего поведения выступает несформированность конструктивных способов регуляции эмоций в ситуации стресса, например, в ситуациях социального оценивания. При этом самоповреждения встречаются у подростков с разным уровнем успеваемости и интеллекта, внешнего социального статуса родителя / родителей. Зрелость когнитивной сферы не оказывает значимого протективного влияния на поведение. Однако оказывается важной роль дисфункции первичного окружения и незрелость / неконструктивность способов эмоциональной регуляции, ситуативные или хронические психотравмирующие события в жизни подростка, особенно связанные с угрозой фрустрации социальных потребностей в принятии и интеграции в группу, достижении успеха (опыт жестокого обращения в семье, публичного унижения, отвержения, буллинга в

группе, др.), нейропсихологические особенности регуляции и контроля поведения [2, 4]. Однако, важной проблемой остается проблема связи с мыслями о самоубийстве и перехода от самовреждений к попыткам самоубийства.

Самоповреждениям может придаваться как собственно суицидальный смысл («репетиция»), так и «квазисуицидальный» (граница между этими двумя типами может быть размыта) - инвертированный смысл социальной направленности, иногда связанный с искомым переживанием субъектности подростка (это «Я», «моя жизнь»), авторством переживаний («я это испытываю»), «самовыражением» («я это создаю»), а также, как ни парадоксально, - переживанием «самоэффективности» и «успешности» («я это смог(ла)», «я тоже так могу»), принадлежностью к референтной группе («я как они»). Первичные нормативные социальные мотивы, соответствующие возрасту, не получают конструктивного пути реализации (нет средств для их осуществления), однако их напряженность продолжает «требовать» разрядки [3, 4]. Переживая опыт физического самоповреждения, подросток получает обратную психофизиологическую реакцию организма. Переключение внимания на физические ощущения на время снижает эмоциональную реактивность и позволяет снять психологическое напряжение. Это служит условным стимулом для закрепления самоповреждающего действия как устойчивого способа реагирования в ситуациях стресса. В этом случае мы говорим о «сдвиге мотива на цель», «цели на средства» (механизмы искажения в системе мотивов и целей деятельности) и формировании собственно клинической формы поведения (расстройство) [2-4]. На данной стадии подросток еще может сформировать новые способы реализации мотивов и регуляции эмоций. На стадии закрепления самоповреждающих действий психологическая коррекция данной формы поведения становится более сложной задачей. Самоповреждающие

действия, антивитальные поступки преобразуются, им предается самостоятельный смысл [1], они перестают быть собственно средством, становятся «самоцелью» и даже мотивом (хотя снижение опосредованного характера поведения говорит о том, что это уже скорее влечение, чем мотив) [1, 3, 4]. Этот психологический механизм объясняет переход от одной стадии антивитального поведения к другой.

Антивитальные мысли и переживания, мысли о самоубийстве, несуйцидальные самоповреждения - выступают условием для формирования суицидального поведения. Однако в настоящее время недостаточно изучены факторы, позволяющие прогнозировать развитие и этапность суицидального поведения в группах риска, психологические механизмы формирования и поддержания самоповреждающих действий у молодежи [14, 15].

Среди подростков, имеющих суицидальные мысли, только треть совершают попытку самоубийства. Более глубокое исследование условий, факторов, промежуточных переменных, которые повышают вероятность совершения антивитальных поступков и суицидальных попыток, имеет решающее значение для прогнозирования и профилактики суицидального поведения.

Предполагается, что эти факторы будут отличаться от тех, которые способствуют развитию суицидальных мыслей. Несколько крупных метааналитических исследований (Kessler R.C., Borges, др., 1999; May A.M., Klonsky E.D., 2016; Nock M.K., Green J.G., Hwang I., 2013) обеспечили эмпирическую поддержку этой концепции и обнаружили, что многие хорошо известные факторы риска самоубийства (такие как депрессия, импульсивность и безнадежность) не делают существенных различий между людьми с суицидальными мыслями и теми, кто совершил попытку самоубийства [12, 16, 17].

В настоящее время часто изучается механизм перехода от мыслей к попыткам самоубийства. Исследования предикторов попыток самоубийства в виде несуицидальных самоповреждений также важны, поскольку данный фактор тесно связан с историей попыток самоубийства и предсказывает будущие попытки. Обобщение результатов ряда исследований показало, что самыми сильными коррелятами попыток самоубийства среди подростков с несуицидальным самоповреждением, были когнитивные особенности, связанные с наличием мыслей о суициде, переживанием безнадежности, утратой смысла жизни и нарушением социальных контактов (Asarnow J.R., Porta G., Spirito A., др., 2011; Hamza C.A., Stewart S.L., Willoughby T., 2012; Klonsky E.D., May A.M., Glenn C.R., 2013). Оказалось, что частота и тип несуицидального самоповреждения также является важным фактором формирования попыток самоубийства, который требует дальнейшего изучения [5, 10, 13].

В исследовании Mars B., Heron J., Klonsky E.D., др. (2019) изучен большой перечень факторов риска самоубийства. На выборке 4500 подростков показано, что воздействие опыта самоповреждений в ближайшем окружении (отмечается особое влияние повреждений среди родственников и друзей), наличие психических расстройств и употребление психоактивных веществ (кроме каннабиса) наиболее сильно различают подростков с суицидальными мыслями и тех, кто предпринял попытку самоубийства [14].

Однако, как и в большинстве предыдущих исследований, посвященных этой проблеме, пока невозможно определить степень, с которой эти факторы предсказывают будущие попытки самоубийства, поэтому вопрос требует дальнейшего анализа (Dhingra K., Boduszek D., O'Connor R.C., 2015; Nock M.K., Green J.G., Hwang I., 2013; O'Connor R.C., Nock M.K., 2014; O'Connor R.C., Rasmussen S., Hawton K., 2012; Taliaferro L.A., Muehlenkamp J.J., 2014) [7, 17-20].

К психологическим факторам риска, которые последовательно предсказывают попытки самоубийства среди молодежи с суицидальными мыслями и несуйцидальными попытками, относится так называемая «способность к самоубийству» (т.е. степень, с которой человек чувствует себя способным совершить попытку самоубийства) (Mars B., Heron J., Klonsky E.D., Moran P., др., 2019) [14]. Считается, что эта способность развивается и усиливается посредством воздействия болезненных и провоцирующих событий, которые приводят к повышенной терпимости к боли, страху и смерти.

Эта идея подтверждается еще и тем, что один из факторов, которые наиболее четко различают мысли о самоубийстве и последующие попытки - самоповреждения среди членов семьи и друзей - может способствовать увеличению приобретенной способности к самоубийству.

Многие исследователи, таким образом сходятся на мысли, что самоповреждающее поведение увеличивает способность к самоубийству (например, Mars B., Klonsky E.D., Moran P., O'Connor R.C., др., 2019). Несуйцидальное самоповреждение, как и мысли, выступает значимым предиктором последующего суицидального поведения [7-8, 15]. В связи с этим степень серьезности симптома несуйцидального самоповреждения сложно переоценить. Мероприятия по профилактике и психотерапии риска суицидального поведения должны учитывать этот риск.

По сравнению с теми, кого посещали мысли о самоубийстве, те, кто действовал согласно этим мыслям, были склонны к самоповреждениям в целом. Более того, имеются свидетельства того, что этот эффект был сильнее при наличии самоповреждений у членов семьи или друзей. Было показано, что семейный анамнез также является фактором риска как самоповреждающего, так и собственно суицидального поведения, как и риск, связанный с психическими

расстройствами (Asarnow J.R., Porta G., Spirito A., др., 2011; Dhingra K., Boduszek D., O'Connor R.C., 2015; O'Connor R.C., Rasmussen S., Hawton K., 2012) [5, 7, 19].

Потенциальные механизмы, лежащие в основе этих отношений, требуют дальнейшего изучения, но могут включать генетические влияния, подражание членам семьи, социальную передачу и другие параметры. В отличие от этих результатов недавнее исследование госпитализированных подростков не обнаружило никакой связи между семейным анамнезом суицидального поведения и суицидальными мыслями/поведением среди подростков. Дальнейшие исследования необходимы, чтобы, во-первых, выяснить, могут ли те, кто госпитализирован с проблемами психического здоровья, с большей вероятностью прибегнуть к самоповреждениям, и, во-вторых, является ли на самом деле семейный анамнез значимым фактором риска, поскольку это будет иметь важное влияние на процесс терапии (Nock M.K., Green J.G., Hwang I., 2013).

Другими факторами риска, которые отличали лиц, совершивших самоубийство, от тех, кто думает об этом (суицидальные мысли), были курение и употребление психоактивных веществ (исключая каннабис). Интересно, что употребление алкоголя (как в малых, так и в больших количествах) и употребление каннабиса в данных группах не различалось по степени употребления, что подчеркивает важность индивидуального изучения веществ. Алкоголь – это вещество, которое было исследовано наиболее широко в литературе, так как считается, что его опьяняющее действие может усиливать агрессию, ухудшать принятие решений и снижать торможение, повышая вероятность того, что человек будет более подвержен влиянию мыслей о самоубийстве. Однако в большинстве предыдущих исследований, включая недавний метаанализ лиц более зрелого возраста, не обнаружилось проблемы с алкоголем ни в группе тех, кто сообщал о суицидальных мыслях, ни в группе тех, кто предпринял попытку самоубийства (May A.M., Klonsky E.D., 2016;

Taliaferro L.A., Muehlenkamp J.J., 2014; Ten Hav M., Van Dorsselaer S., De Graaf R., 2013) [16, 20, 21].

Были предприняты попытки связать курение и вероятность самоповреждений, попыток самоубийства. В ряде работ курение рассматривалось в рамках концепции «от идеи к действию» (Bronisch T., Hofler M., Lieb R., 200) [6]. Исследование методом срезов показало, что испытуемые, предпринявшие попытку самоубийства, чаще являются курильщиками в настоящем. Тем не менее, в Национальном исследовании коморбидных расстройств было обнаружено, что зависимость от никотина в раннем возрасте была в перспективе связана с намерением совершить самоубийство, но не с попытками в группе с наличием мыслей о самоубийстве [16]. Что касается расстройств психического здоровья, исследования подростков показывают, что депрессия, дистимия и расстройства, характеризующиеся возбуждением и плохим контролем импульсов, лучше всего дифференцируют испытуемых в группах риска (Nock M.K., Green J.G., Hwang I., 2013) [17]. Однако, как и для многих факторов риска, результаты противоречивы. Хотя депрессивное расстройство в возрасте 15 лет четко различается между группами риска, оно имеет ограниченную чувствительность в качестве предиктора попытки суицида (показатель депрессии – 2,6% среди тех, кто переживает мысли и 8,3% – среди тех, кто последовал этим мыслям).

Другие переменные, которые были указаны в исследованиях как риск факторы, включают безнадежность и импульсивность. Оба параметра различаются между группами, но эффекты были относительно небольшими, что указывает на то, что другие факторы могут быть более значимыми при дифференциации групп. Кроме того, учитывая дискуссию о том, как действует импульсивность и что оценка безнадежности была ограничена лишь двумя пунктами опросника, будущие исследования должны более подробно изучить

роль каждой переменной как фактора, провоцирующего переход от мыслей, самоповреждений к попыткам (Gvion Y., Apter A., 2011) [5].

Очевидно, что самовопреждающее поведение (self-harm) является надежным предиктором будущих попыток самоубийства, однако, несуйцидальное самоповреждение редко рассматривалось в рамках концепции «от идеи к действию» [17-20]. Недавнее исследование дополняет предыдущие работы, демонстрируя, что несуйцидальное самоповреждение особенно тесно связано с переходом от мыслей о самоубийстве к действию [14].

Возможны несколько объяснений этой связи, в том числе общая нейробиологическая уязвимость к самоповреждениям, повышенный риск социального отчуждения или психического заболевания в результате несуйцидального самоповреждения, или прямое влияние на снижение внутреннего запрета на попытку самоубийства (способность к самоубийству).

Результаты указывают на то, что лица, которые сообщают как о суйцидальных мыслях, так и о несуйцидальном самоповреждении, могут быть группой особого риска. Было обнаружено, что примерно 1 из 5 (21%) подростков, которые сообщали как о суйцидальных мыслях, так и о несуйцидальном самоповреждении на начальном этапе, предприняли попытку самоубийства, что сопоставимо только с 1% тех, кто не сообщил ни об одном из этих рисков (O'Connor R.C., Nock M.K., 2014) [18].

Другие факторы, которые были связаны с будущими попытками самоубийства среди участников с несуйцидальным самоповреждением, включали проблемы со сном и более низкий балл экстраверсии (Hysing M., Stormark K.M., O'Connor R.C., 2015) [11]. Оба этих фактора были связаны с суйцидальным поведением (O'Connor R.C., Nock M.K., 2014; Wong M.M., Brower K.J., Craun E.A., 2016) [18, 22], однако в одном из недавних работ впервые проспективно изучена роль нарушений сна и личностных качеств как

медиаторов перехода от попыток к суицидальному поведению в будущем. К личностным особенностям при этом были отнесены следующие характеристики. Они предположительно менее экстравертированы, более социально отчуждены, что, как было показано, предсказывает и будущие попытки самоубийства в выборке студентов с самоповреждающим поведением. Нарушение сна может влиять на чувство социальной связи, нарушая способность и мотивацию индивидуума взаимодействовать с другими (это психологический механизм опосредованной связи между параметрами). Они также могут оказывать более непосредственное влияние на риск самоубийства, приводя к усилению стресса в то время, когда доступно меньше социальной поддержки.

Опираясь на результаты последних работ, становится очевидно, что в развитии суицидальных мыслей, самоповреждающего и суицидального поведения на любом этапе формирования важную роль играет нарушение сна, ассоциированного с дисфункцией саморегуляции эмоций в ситуациях стресса, для молодого возраста – это чаще всего ситуации социального оценивания, в которых возникает страх негативного оценивания, сопровождаемый пост-ситуативными руминациями, невозможностью переключиться с навязчивого циклического обдумывания прошедшей ситуации и воспринимаемых неудач. Нарушение регуляции эмоций и дисфункциональный когнитивный стиль опосредуют связь между инсомнией и последующим риском самоповреждающего и суицидального поведения.

Таким образом, определение факторов и механизмов, которые объясняют и предсказывают переход от суицидальных мыслей или несуйцидального самоповреждения к попыткам самоубийства, имеет решающее значение для улучшения прогнозирования и предотвращения самоубийств. Хотя результаты существующих исследований предоставили важную информацию о факторах,

которые различают людей с суицидальными мыслями или самоповреждениями и теми, у кого уже есть попытки самоубийства, необходимы такие лонгитюдные экспериментальные исследования, которые могли бы способствовать качественному изучению того, предсказывают ли выявленные факторы переход от мыслей или самоповреждений к попыткам самоубийства в будущем.

Результаты показывают, что выяснение таких факторов, как употребление психоактивных веществ, несуйцидальное самоповреждение, нарушение сна, личностные особенности, может помочь врачам определить, какие подростки подвергаются наибольшему риску совершения самоубийства в будущем [15]. Психологическим механизмом, объясняющим корреляции данных параметров и логику перехода от одного к другому этапу антивитального поведения, - выступает нарушение социальных связей и социальной ситуации развития, переживание безнадежности, импульсивность, дисфункция саморегуляции и опосредования эмоций и поведения, регуляции в ситуации стресса (в первую очередь в ситуациях оценивания) и нарушение сна на фоне пост-ситуативных руминаций и др.

Список литературы:

1. Амбрумова А.Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения // Комплексные исследования в суицидологии. Сборник научных трудов. М.: Изд. Моск. НИИ психиатрии МЗ СССР, 1986. С. 7 - 25.
2. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Стоянова И.Я. и соавт. Системный подход в исследовании антивитального и суицидального поведения. [Электронный ресурс]. // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2015; 6 (35). - URL: <http://mprj.ru>
3. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Стоянова И.Я. Нарушение саморегуляции и опосредования эмоций как основа риска формирования антивитального поведения в молодом возрасте // Сибирский психологический журнал. № 65. 2017. С. 4-103.

4. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Сагалаков А.М. Целевая регуляция деятельности при антивитальной настроенности в контексте дисфункциональных схем и сформированности компенсаторных механизмов личности // Тюменский медицинский журнал. Т.16. № 3 2014. С. 21-28.
5. Asarnow J.R., Porta G., Spirito A., et al. Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2011. №50. p. 772–781.
6. Bronisch T., Hofler M., Lieb R. Smoking predicts suicidality: Findings from a prospective community study // Journal of Affective Disorders. 2008. №108. p. 135–145.
7. Dhingra K., Boduszek D., O'Connor R.C. Differentiating suicide attempters from suicide ideators using the Integrated Motivational–Volitional model of suicidal behavior // Journal of Affective Disorders. 2015. №186. p. 211–218.
8. Goldston D.B., Erkanli A., Daniel S.S., Heilbron N., Weller B.E., Doyle O. Developmental trajectories of suicidal thoughts and behaviors from adolescence through adulthood // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2016. №55. p. 400-407.
9. Gvion Y., Apter A. Aggression, impulsivity, and suicide behavior: A review of the literature // Archives of Suicide Research. 2011. №15. p. 93–112.
10. Hamza C.A., Stewart S.L., Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model // Clinical Psychology Review. 2012. №32. p. 482–495.
11. Hysing M., Stormark K.M., O'Connor R.C. Sleep problems and self-harm in adolescence // British Journal of Psychiatry. 2015. №207. p. 306–312.
12. Kessler R.C., Borges G., Walters E.E. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey // Archives of General Psychiatry. 1999. №56. p. 617–626.
13. Klonsky E.D., May A.M., Glenn C.R. The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples // Journal of Abnormal Psychology. 2013. №122. p. 231–237.
14. Mars B., Heron J., Klonsky E.D., Moran P., O'Connor R.C., Tilling K., Wilkinson P., Gunnell D. Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study // Lancet Psychiatry. 2019. № 6. p. 327-337.

15. Mars B., Klonsky E.D., Moran P., O'Connor R.C., Tilling K., Wilkinson P., Gunnell D. What distinguishes adolescents with suicidal thoughts from those who have attempted suicide? A population-based birth cohort study // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2019. № 60. p. 91-99.
16. May A.M., Klonsky E.D. What distinguishes suicide attempters from suicide ideators? A meta-analysis of potential factors // *Clinical Psychology: science and practice*. 2016. № 23. p. 20-35.
17. Nock M.K., Green J.G., Hwang I. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement // *JAMA Psychiatry*. 2013. №70. p. 300–310.
18. O'Connor R.C., Nock M.K. The psychology of suicidal behavior // *Lancet Psychiatry*. 2014. №1. p. 73–85.
19. O'Connor R.C., Rasmussen S., Hawton K. Distinguishing adolescents who think about self-harm from those who engage in self-harm // *British Journal of Psychiatry*. 2012. №200. p. 330–335.
20. Taliaferro L.A., Muehlenkamp J.J. Risk and protective factors that distinguish adolescents who attempt suicide from those who only consider suicide in the past year // *Suicide & life-threatening behavior*. 2014. №44. p. 22-26.
21. Ten Hav M., Van Dorsselaer S., De Graaf R. Prevalence and risk factors for first onset of suicidal behaviors in the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 // *Journal of Affective Disorders*. 2013. №147. p. 205–211.
22. Wong M.M., Brower K.J., Craun E.A. Insomnia symptoms and suicidality in the national comorbidity survey-adolescent supplement // *Journal of Psychiatric Research*. 2016. №81. p. 1–8.

References:

1. Ambrumova A.G. Suicidal'noe povedenie kak ob"ekt kompleksnogo izucheniya // *Kompleksnye issledovaniya v suicidologii. Sbornik nauchnyh trudov*. M.: Izd. Mosk. NII psichiatrii MZ SSSR, 1986. S. 7 - 25.
2. Sagalakova O.A., Truevcev D.V., Stoyanova I.YA. i soavt. Sistemnyj podhod v issledovanii antivital'nogo i suicidal'nogo povedeniya. [Elektronnyj resurs]. *Medicinskaya psihologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn.* 2015; 6 (35). - URL: <http://mprj.ru>
3. Sagalakova O.A., Truevcev D.V., Stoyanova I.YA. Narushenie samoregulyacii i oposredovaniya emocij kak osnova riska formirovaniya

antivital'nogo povedeniya v molodom vozraste // Sibirskij psihologicheskij zhurnal. № 65. 2017. S. 4-103.

4. Sagalakova O.A., Truevcev D.V., Sagalakov A.M. Celevaya regulyaciya deyatel'nosti pri antivital'noj nastroennosti v kontekste disfunkcional'nyh skhem i sformirovannosti kompensatornyh mekhanizmov lichnosti // Tyumenskij medicinskij zhurnal. T.16. № 3 2014. S. 21-28.

5. Asarnow J.R., Porta G., Spirito A., et al. Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2011. №50. p. 772–781.

6. Bronisch T., Hofler M., Lieb R. Smoking predicts suicidality: Findings from a prospective community study // Journal of Affective Disorders. 2008. №108. p. 135–145.

7. Dhingra K., Boduszek D., O'Connor R.C. Differentiating suicide attempters from suicide ideators using the Integrated Motivational–Volitional model of suicidal behavior // Journal of Affective Disorders. 2015. №186. p. 211–218.

8. Goldston D.B., Erkanli A., Daniel S.S., Heilbron N., Weller B.E., Doyle O. Developmental trajectories of suicidal thoughts and behaviors from adolescence through adulthood // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2016. №55. p. 400-407.

9. Gvion Y., Apter A. Aggression, impulsivity, and suicide behavior: A review of the literature // Archives of Suicide Research. 2011. №15. p. 93–112.

10. Hamza C.A., Stewart S.L., Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model // Clinical Psychology Review. 2012. №32. p. 482–495.

11. Hysing M., Stormark K.M., O'Connor R.C. Sleep problems and self-harm in adolescence // British Journal of Psychiatry. 2015. №207. p. 306–312.

12. Kessler R.C., Borges G., Walters E.E. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey // Archives of General Psychiatry. 1999. №56. p. 617–626.

13. Klonsky E.D., May A.M., Glenn C.R. The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples // Journal of Abnormal Psychology. 2013. №122. p. 231–237.

14. Mars B., Heron J., Klonsky E.D., Moran P., O'Connor R.C., Tilling K., Wilkinson P., Gunnell D. Predictors of future suicide attempt among adolescents with

suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study // *Lancet Psychiatry*. 2019. № 6. p. 327-337.

15. Mars B., Klonsky E.D., Moran P., O'Connor R.C., Tilling K., Wilkinson P., Gunnell D. What distinguishes adolescents with suicidal thoughts from those who have attempted suicide? A population-based birth cohort study // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2019. № 60. p. 91-99.

16. May A.M., Klonsky E.D. What distinguishes suicide attempters from suicide ideators? A meta-analysis of potential factors // *Clinical Psychology: science and practice*. 2016. № 23. p. 20-35.

17. Nock M.K., Green J.G., Hwang I. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement // *JAMA Psychiatry*. 2013. №70. p. 300-310.

18. O'Connor R.C., Nock M.K. The psychology of suicidal behavior // *Lancet Psychiatry*. 2014. №1. p. 73-85.

19. O'Connor R.C., Rasmussen S., Hawton K. Distinguishing adolescents who think about self-harm from those who engage in self-harm // *British Journal of Psychiatry*. 2012. №200. p. 330-335.

20. Taliaferro L.A., Muehlenkamp J.J. Risk and protective factors that distinguish adolescents who attempt suicide from those who only consider suicide in the past year // *Suicide & life-threatening behavior*. 2014. №44. p. 22-26.

21. Ten Have M., Van Dorsselaer S., De Graaf R. Prevalence and risk factors for first onset of suicidal behaviors in the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 // *Journal of Affective Disorders*. 2013. №147. p. 205-211.

22. Wong M.M., Brower K.J., Craun E.A. Insomnia symptoms and suicidality in the national comorbidity survey-adolescent supplement // *Journal of Psychiatric Research*. 2016. №81. p. 1-8.