

НАМЕРЕННЫЕ НЕСУИЦИДАЛЬНЫЕ САМОПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ. ЧАСТЬ I: ПОИСК МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ИЛИ «ПУТЬ ДАЛЁКИЙ ДО ТИППЕРЕРИ»¹

Е.Б. Любов, П.Б. Зотов

Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия
ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия

ADOLESCENT DELIBERATE SELF-HARM. PART I: HELP-SEEKING BEHAVIOR, OR «IT'S A LONG WAY TO TIPPERERI»

Е.В. Lyubov, P.B. Zotov

Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research centre of psychiatry and narcology by name V.P.Serbsky, Moscow, Russia
Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

Информация об авторах:

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 6629-7156; Researcher ID: B-5674-2013; ORCID iD: 0000-0002-7032-8517). Место работы и должность: главный научный сотрудник отделения клинической и профилактической суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: +7 (495) 963-75-72, электронный адрес: lyubov.evgeny@mail.ru

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Место работы и должность: заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54; специалист центра суицидальной превенции ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница». Адрес: Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19. Телефон: +7 (3452) 270-510, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

Information about the authors:

Lyubov Evgeny Borisovich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 6629-7156; Researcher ID: B-5674-2013; ORCID iD: 0000-0002-7032-8517). Place of work: Chief Researcher, Clinical and Preventive Suicidology Division, Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of the National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky. Address: Russia, 107076, Moscow, 3/10 Poteshnaya str. Phone: +7 (495) 963-75-72, email: lyubov.evgeny@mail.ru

Zotov Pavel Borisovich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Place of work: Head of the Department of Oncology, Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str; Specialist of the Center for Suicidal Prevention of Regional Clinical Psychiatric Hospital. Address: Tyumen region, Vinzili, 19 Sosnovaya str. Phone: +7 (3452) 270-510, email (corporate): note72@yandex.ru

В обзоре литературы на примере подростков с намеренными несуйцидальными самоповреждениями поиск помощи показан как поведенческий навык, процесс прохождения последовательного ряда функциональных и организационных фильтров. В результате, меньшая часть наиболее тяжелых больных получает какую-либо профессиональную помощь. Детализированы многообразные факторы, отторгающие подростка от помощи, и благоприятствующих получению своевременного лечения. Более привлекательны профессиональные службы нового типа, ориентированные на психосоциальное выздоровление, и учитывающие изменчивые клиничко-социальные потребности подростка и его близких (подробнее – в части II Обзора).

Ключевые слова: несуйцидальные самоповреждения, подростки, поиск помощи

Кому повем печаль мою,
Кого призову к рыданию?
Стих плача Иосифа Прекрасного

To whom shall I grieve,
Whom shall I call to sob?
Verse of Joseph the Beautiful

Подростки представляют проблематичную в плане поиска и получения адекватной помощи возрастную группу. Несвоевременное лечение утяжеляет бремя медико-социальных последствий самоповреждающего

Adolescents present an age group that is problematic in terms of finding and getting adequate help. Untimely treatment aggravates the burden of medical and social consequenc-

¹Начальная строка английской солдатской песни-оберега, ведшей Союзников к победе в двух мировых войнах.
The first line of the English soldier's amulet song that led the Allies to victory in two world wars.

поведения (СХ)¹. Отдельные исследования психиатрической субпопуляции рассматривают паттерны поиска профессиональной помощи суицидентами [1] при малом внимании к подростковой группе с сочетанными клинико-социальными проблемами и с СХ, в частности.

«Правильное» поведение в поиске помощи служит защитным фактором телесного и психического благополучия подростков [2], а своевременное профессиональное лечение облегчает последствия психических расстройств и/или СХ [3, 4]. Однако большинство подростков и молодых не обращаются за профессиональной помощью, даже если нуждаются в ней [5]. В этом контексте важно изучить модели поведения подростков в поиске медицинской (психиатрической) помощи, факторы риска и «поощряющие» факторы на этом пути.

Цель обзора: объяснение и детализация препятствий и факторов, способствующих поиску помощи подростков с самоповреждениями и в отдельных группах высокого риска для вовлечения их в целевые лечебно-профилактические программы.

Определения.

Самоповреждение (англицизм «селф-харм», или СХ) – намеренное причинение себе несмертельного вреда (как самопорезы, самоотравление), независимо от мотивов или намерения умереть – связано с риском психических расстройств, суицидального поведения (СП) и иных неблагоприятных последствий, как академическая неуспешность и преждевременная смерть из-за рискованного поведения [6, 7, 8, 9].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет поиск помощи как действие полагающего себя нуждающимся в психологических, медицинских или социальных услугах для удовлетворения потребности положительным образом: обращение к профессионалам, как к врачу общей практики, психиатру, но и к народным целителям, духовнику или к неформальным источникам (сверстникам и друзьям, родным и / или «значимым другим» как взрослым) [10]. То есть помощь (инициировать её) возможна из различных источников: от неформальных до официальных. В любом случае, обращение за помощью предполагает активное общение с другими [11, 12], способ справиться с проблемой (например, дистрессом), благоприобретённый адаптивный навык, связанный с психическим и телесным благополучием подростка [13].

Поиск помощи как процесс. Обращение к профессионалу представляет пошаговый процесс осознания, выражения проблемы и понимания потребности сторонней помощи, определения подходящих источников помощи и, наконец, готовность искать и рас-

es of self-harming behavior (SH). Separate studies of the psychiatric subpopulation consider patterns of seeking professional help by suicide attempters [1] with little attention to the adolescent group with combined clinical and social problems and, in particular, with SH.

“Correct” behavior in seeking help serves as a protective factor in the bodily and mental well-being of adolescents [2], and timely professional treatment alleviates the consequences of mental disorders and / or SH [3, 4]. However, most adolescents and young people do not seek professional help, even if they need it [5]. In this context, it is important to study the behavior patterns of adolescents in the search for medical (psychiatric) care, risk factors and “encouraging” factors along the way.

The purpose of the review is to explain in detail the obstacles and factors contributing to the search for help by adolescents with self-harm and in certain high-risk groups to engage them in targeted treatment and prevention programs.

Definitions.

Self-harm (SH) is an intentional self-infliction of non-fatal harm (such as self-cutting, self-poisoning), regardless of motive or intention to die and is associated with the risk of mental disorders, suicidal behavior (SB) and other adverse consequences like academic failure and premature death due to risky behavior [6, 7, 8, 9].

The World Health Organization (WHO) defines the search for help as the action by the one who believes they need psychological, medical or social services in order to meet such a need in a positive way through turning to professionals such as a general practitioner, a psychiatrist, or to traditional healers, confessors or informal small sources (peers and friends, relatives and / or “significant other” adults) [10]. That is, help (and its initiation) is possible from various sources: from informal to official. In any case, seeking help involves active communication with others [11, 12], a way to cope with a problem (for example, distress), a well-acquired adaptive skill related to the mental and bodily well-being of a teenager [13].

Seeking help as a process. Appealing to a professional is a step-by-step process of becoming aware of the problem, expressing it, understanding the need for outside assistance, determining suitable sources of assistance and, finally, being ready to seek and reveal potential sources of assistance [12, 14].

¹ Англицизм «селф-харм», в дальнейшем тексте – СХ / Anglicism "self-harm", or in the further text – SH

крывать потенциальные источники помощи [12, 14].

Пути поиска помощи – череда «фильтров», отсеивающих ищущих [15]. Первый фильтр – распознавание симптомов, второй – обращение к врачам общей практики, третий – их решение и / или направление в специализированные (психиатрические) службы. После решения обратиться за сторонней помощью, информация перестает быть «частным делом».

«Стадийная» модель процесса поиска помощи [16] означает, что подростки изначально видят СХ реальной проблемой, требующей помощи, быть мотивированными к поиску и найти её [17]. Модель приспособлена к подросткам [18].

Поиск помощи выходит за рамки категориальных описаний, имеющих сложные социально-когнитивные факторы [19]. Теоретическим обоснованием роли социальных и когнитивных аспектов обращений подростков с СХ за помощью служит модель М. Chan [20], объясняющая как личность и ситуационные факторы влияют на решение о помощи, как подростки с СХ оценивают выгоды и издержки, физические и личные: время, затраты, зависимость, ущерб самооценке. Учтены социальные влияния, как нормативные убеждения и культурные ожидания, что помогает прогнозу обращения за помощью. Обращение за помощью определено как механизм совладания; потребность в помощи возникает, когда трудности превышают способности и ресурсы.

Личные выгоды и потери при обращении за профессиональной помощью понятны в русле теории социальной идентичности и внутригруппового поведения [21, 22]: подростки прибегают к дезадаптивным способам совладания с дистрессом с намерением сохранить гордость, позитивную самооценку, социальную идентичность и групповую принадлежность.

При поиске психиатрической помощи процесс определён социально-когнитивными, индивидуальными и структурными факторами [14], поскольку психологические проблемы в контексте социальных взаимодействий и культурных обычаев [23].

Самооценка («я») подростка с СХ вытекает из ценностей некой социальной группы («мы»). Поиск помощи станет полезным (возможно, жизнеспасующим) навыком, если не подрывает самобытный личный и общественный образ [20]. Например, селяне опасаются разглашения конфиденциальной информации врачами, и их смущение, аналогично ущербу такому образу.

Пути поиска помощи.

Выделены три «подкатегории» обращения за помощью: в связи с особыми медицинскими нуждами; нормативными потребностями развития и в личном дистрессе [10].

Обращение за медицинской помощью. Эмоциональные и поведенческие проблемы подростков обсуж-

Ways to seek help are a series of “filters” that actually weed out seekers [15]. The first filter is symptom recognition, the second one is a visit to general practitioners, the third one is their solution and / or referral to specialized (psychiatric) services. After deciding to seek outside help, this information ceases to be a “private affair.”

The “staged” model of the seeking help process [16] means that adolescents initially see SH as a real problem that requires assistance, and they are motivated to search and find it [17]. The model is adapted to adolescents [18].

The search for help goes beyond categorical descriptions with complex social and cognitive factors [19]. The theoretical justification for the role of the social and cognitive aspects of SH adolescents seeking help is the M. Chan model [20], that explains how personality and situational factors influence the decision on help, how adolescents with SH evaluate the benefits and costs, both physical and personal: time, costs, addiction, damage to self-esteem. It considers social influences, such as normative beliefs and cultural expectations, which helps the forecast help seeking. Seeking help is defined as a coping mechanism; the need for help arises when difficulties exceed abilities and resources.

Personal gains and losses when seeking professional help are understood in the context of the theory of social identity and in-group behavior [21, 22]: adolescents resort to maladaptive methods of coping with distress with the intention of preserving pride, positive self-esteem, social identity and group affiliation.

In the search for psychiatric care, the process is determined by social-cognitive, individual and structural factors [14], since psychological problems come up in the context of social interactions and cultural customs [23].

Self-esteem (“I”) of a teenager with SH is grounded on the values of a certain social group (“we”). The search for help will become a useful (perhaps life-saving) skill if it does not undermine the original personal and social image [20]. For example, villagers fear the disclosure of confidential information by doctors, and their embarrassment is similar to the damage to such an image.

Ways to seek help. Three “subcategories” of seeking help are distinguished: in connection with special medical needs; regulatory developmental needs and personal distress [10].

Seeking medical help. The emotional and behavioral problems of adolescents are discussed in the context of bodily illness [24].

даются в контексте телесного нездоровья [24].

В популяционных исследованиях 13-25% «проблемных» подростков обращаются к врачам общей практики [25]. Психические проблемы увеличивают обращения в медицинские службы без учёта соматических жалоб. Менее одной трети консультированы врачами общей практики за месяц до суицида по сравнению с 40% взрослых [19].

Неотложная госпитализация в связи с медицинскими последствиями СХ позволяет привлечь их к помощи и предотвратить суицидальное поведение (СП) [26]. Общемедицинские службы логично связаны в той или иной мере с психиатрическими и социальными [27, 28]. Однако систематический обзор показывает обычную неудовлетворённость опытом помощи экстренно госпитализированных после СХ [29].

Современный обзор медицинской документации жертв самоубийств из большой выборки в США показал высокие показатели использования служб здравоохранения [30]. За месяц до смерти половина суицидентов получала медицинскую помощь и 24% психиатрическую. Сходны данные психологической аутопсии [31]. Около 45% жертв суицида контактировали с первичной медицинской помощью за месяц до смерти и один из пяти (19%) – с психиатром. В Канаде 30% жертв суицида ≥ 11 лет обращались в отделения неотложной помощи за месяц до смерти [32].

Усиление поиска помощи – одно из эффективных методов предотвращения самоубийств. Менее трети (30%) китайских селян 15-54 лет искали помощи до суицидальных попыток с медицинскими последствиями, чаще мужчины (OR=1,45), испытывающие неблагоприятные жизненные события (OR=1,12), импульсивные (OR=1,05) с суицидальными намерениями [33].

Полезно понять особенности лиц, совершающих попытки самоубийства, которые не обращаются за помощью до самоубийства.

Обращение за психиатрической помощью.

Распространённость психических расстройств наибольшая среди молодых – 16-24 лет [34], причём в 4-17 лет – 14% [25], у подростков – 16-22% [35].

Уязвимость подростков к психическим расстройствам и СХ усугублена нежеланием профессиональной помощи [36]. Двенадцатимесячная клиническая депрессия, злоупотребление спиртным и СП препятствуют поиску помощи и, напротив, поиск помощи менее активен при утяжелении психического состояния (депрессии), например, отягощённого отчаянием и безнадежностью [37, 38]. Суициденты избегают помощи профессионалов [36, 39, 40, 41]. В суицидальном кризисе сложно решить альтернативные проблемы [42] в связи с когнитивными нарушениями (рассеянности) и «туннельным» суицидальным мышлением, депрессив-

In population studies, 13–25% of “problem” teenagers turn to general practitioners [25]. Mental problems increase calls to medical services without taking into account somatic complaints. Less than one third are consulted by general practitioners a month before suicide, compared with 40% of adults [19].

Emergency hospitalization in connection with the medical consequences of SH allows them to help and prevent suicidal behavior (SB) [26]. General medical services are logically connected one way or another with psychiatric and social ones [27, 28]. However, a systematic review shows the usual dissatisfaction with the experience of helping emergency hospitalized after SH [29].

A modern review of medical records of suicide victims from a large sample in the United States showed high rates of use of general health services [30]. A month before death, half of the suicide attempters received medical care and 24% of them turned to psychiatric care. Psychological autopsy data are similar [31]. About 45% of suicide victims were in contact with primary care a month before death and one in five (19%) had contact with a psychiatrist. In Canada, 30% of victims of suicide who were ≥ 11 years old came to emergency departments a month before death [32].

Strengthening the search for help is one of the effective methods of preventing self-killing. Less than a third (30%) of Chinese villagers aged 15-54 sought help with medical consequences before suicide, more often men (OR=1.45), experiencing adverse life events (OR=1.12), impulsive with suicidal intentions (OR=1.05) [33].

It is helpful to understand the characteristics of individuals attempting suicide who do not seek help before suicide.

Seeking psychiatric help.

The prevalence of mental disorders is greatest among young people aged 16-24 [34], among those aged 4-17 it is 14% [25], and among adolescents it raises to 16-22% [35].

The vulnerability of adolescents to mental disorders and SH is exacerbated by a lack of professional assistance [36]. Twelve-month of clinical depression, alcohol abuse and SB hinder the search for help, and, on the contrary, the search for help is less active under aggravating mental state (depression) accompanied, for example, by despair and hopelessness [37, 38]. Suicide attempters avoid the help of professionals [36, 39, 40, 41]. In a suicidal crisis, it is difficult to solve alternative problems [42] due to cognitive impairment (distraction) and “tunneling” suicidal thinking and depressive “fatigue” [43].

ной «усталостью» [43].

Не более трети подростков с выраженной депрессией или тревогой обращаются за профессиональной помощью [5]. Так, немногим более ¼ (26,6%) лиц с эмоциональными проблемами, пользователей электронной почтой, получили профессиональное лечение в течение жизни в Джакарте (Индонезия) [44], и международные данные сходны при различиях структуры и развитости психиатрической помощи. По онлайн самоотчетам национальной выборки из почти 14000 первокурсников колледжей восьми стран [45], только ¼ искала бы помощь при эмоциональных проблемах. Один из 5-6 подростков в суицидальном кризисе ищет профессиональную помощь [23]. Паттерны малого обращения за специализированной помощью типичны для молодых суицидентов мужского пола. В мета-анализе 20 исследований [46] каждый второй подросток 11-19 лет с СХ избегает профессиональной помощи, незамеченный психиатрическими службами.

В Австралии четверть детей 4-17 лет с диагностированным психическим расстройством получали какую-либо медицинскую помощь за полгода до опроса [25]. Около 30% психически больных австралийцев 16-24 лет её вообще получали [47], а 18 и 23% немецких школьников 12-17 лет с диагностированными тревожными и депрессивными расстройствами соответственно когда-либо наблюдались психиатром [48]. Треть (34%) из более 11000 норвежских школьников 15-16 лет с выраженной депрессией и/или тревогой обратилась за профессиональной помощью в прошлом году [49]. Один из пяти (18%) английских школьников 12-16 лет с СХ искал помощь в связи с тревогой и депрессией у профессионалов (в том числе врача общей практики) [50]. Японские подростки с психотическим опытом и психическим дистрессом в группе риска СП, особо без помощи (40%) [51].

Нежелание обращаться за помощью не ограничено детьми и подростками. Взрослые всех возрастов избегают психиатрическую помощь [52], и та же треть (35%) опрошенных с распространёнными психическими расстройствами обратились к психиатру в предыдущем году [5]. Уровень использования психиатрических служб суицидентами всех возрастов в прошлом году в среднем 30% [53]. При этом СХ и СП – основная причина обращения за экстренной психиатрической помощью детей и подростков [54]. Итак, каждый десятый подросток 12-17 лет совершает СХ, но ≤ ½ обращается за какой-либо помощью [55, 56] до и после эпизода [17].

Препятствия поиска профессиональной помощи многочисленны и взаимосвязаны, пересекаясь и условно делясь на две тематические группы: *межличностные* (касаются связей и общения) и *внут-*

No more than one third of adolescents with severe depression or anxiety seek professional help [5]. For instance, a little more than ¼ (26.6%) of email users with emotional problems received professional treatment during their lives in Jakarta (Indonesia) [44], and international data are similar with differences in the structure and development of psychiatric care. According to an online self-report from a national sample of nearly 14,000 college freshmen from eight countries [45], only ¼ would turn to seeking help with emotional problems. One of 5-6 teenagers in a suicidal crisis is seeking professional help [23]. Low appeal patterns for specialized care are typical of young male suicide attempters. In a meta-analysis of 20 studies [46], every second teenager with SH aged 11-19 years avoids professional assistance and goes unnoticed by psychiatric services.

In Australia, a quarter of 4-17-year-old children diagnosed with mental disorder received any medical care six months before the survey [25]. About 30% of mentally ill Australians aged 16-24 years old received help in general [47], and 18 and 23% of German 12-17-year-old schoolchildren with diagnosed anxiety and depressive disorders have been respectively seen by a psychiatrist [48]. A third (34%) of more than 11,000 Norwegian schoolchildren aged 15-16 with severe depression and / or anxiety sought professional help last year [49]. One out of five (18%) English schoolchildren aged 12-16 with SH sought help among professionals (including general practitioners) when dealing with anxiety and depression [50]. Up to 40% of Japanese adolescents with psychotic experience and mental distress at risk for SB went without help [51].

Unwillingness to seek help is not limited to children and adolescents. Adults of all ages avoid psychiatric care as well [52], and the same one third (35%) of those surveyed with common mental disorders went to a psychiatrist the previous year [5]. The level of use of psychiatric services by suicide attempters of all ages last year averaged 30% [53]. Moreover, SH and SB are the main reason for seeking emergency psychiatric help by children and adolescents [54]. So, every tenth adolescent of 12-17 years old performs SH, but ≤ ½ seek some help [55, 56] before and after the episode [17].

Obstacles to seeking professional help are numerous and interconnected, overlapping and conditionally divided into two thematic groups: *interpersonal* (connected to relations and communication) and *intrapsychic (clinical)* [46]. Most of the barriers of the

рипсихические (клинические) [46]. Большинство барьеров первой группы: определены убеждениями и опасениями подростков негативных последствий раскрытия СХ. Как только принято решение о поиске помощи, барьеры второго рода могут помешать её получению.

В систематическом обзоре [5] 22 количественных и качественных исследований поиска подростками и молодыми психиатрической помощи выделены ключевые темы.

Социальная и воспринимаемая стигма, возможно, наиболее значимый (более 3/4 исследований) порог на пути к психиатрической помощи [5, 36, 46, 57].

Систематический обзор восьми качественных, трёх количественных и двух смешанных исследований расстройств пищевого поведения [58] отметил как заметный предполагаемый барьер поиска помощи стигму и стыд, отрицание тяжести болезни и неспособность её понять, практические барьеры (например, стоимость лечения), низкую мотивацию к изменениям, негативное отношение к обращению за помощью, отсутствие поощрения других и отсутствие знаний о ресурсах помощи.

Большинство смущены и озабочены тем, что другие, в том числе сами профессионалы, думают (действуют) предвзято при обсуждении СХ и СП [44]. Примыкает озабоченность стать обузой близким [59], накладываемое на воспринимаемое бремя [60]. Подростки избегают поиска помощи, не желая причинить боль близким [61]. Осуждение, воспринимаемая стигматизация и обременённость важны в коллективистской культуре, поскольку подростки особо опасаются исключения и отвержения.

Без ясной и непредвзятой информации подростку видятся психические проблемы тайными и постыдными, бесконтрольными, что ведёт к самостигматизации [20]: смущению и страху насмешек, кличек «ищущих внимания» или «сумасшедших».

Родители часто растеряны, не ищут помощи подросткам с СХ и себе из-за стыда и самообвинений [62, 63, 64]. Страдания близких усугублены незнанием, как поддержать и управлять подростком с СХ, они оттягивают поиск помощи, пока чадо не испытает трудности, прямо не связанные с СХ [6]. При нежелании сторонней помощи, родители указывают, что им нужна поддержка для управления поведением (СХ) подростка [63]. Особо высок уровень предполагаемой психиатрической стигмы у селян [65, 66]. Возможно, стигма более «в умах» смущённых подростков с СХ, и речь о самостигматизации или воспринимаемой стигме СХ и СП и / или поиска помощи [65, 67].

Опасения нарушения конфиденциальности и доверия (разглашения информации о СХ) и недоверие в

first group are determined by the beliefs and fears of adolescents of the negative consequences of disclosing SH. As soon as a decision is made to seek assistance, barriers of the second kind can interfere with its receipt.

In a systematic review [5] of 22 quantitative and qualitative research studies on adolescents and young psychiatric care, key topics are highlighted.

Social and perceived stigma is probably the most significant (more than 3/4 of the studies) barrier to psychiatric care [5, 36, 46, 57].

A systematic review of eight qualitative, three quantitative, and two mixed studies of eating disorders [58] noted as significant barriers stigma and shame, denial of the severity of the disease and inability to understand it, as well as some practical barriers (for example, the cost of treatment), low motivation for changes, negative attitude to seeking help, lack of encouragement of others, and lack of knowledge about help resources.

Most are confused and preoccupied with the fact that others, including professionals themselves, think (act) biased when discussing SH and SB [44]. The preoccupation with becoming a burden to loved ones [59] is imposed on the perceived burden [60]. Adolescents avoid seeking help because they do not want to hurt their loved ones [61]. Condemnation, perceived stigmatization and being a burden are important in a collectivist culture, as adolescents are particularly wary of exclusion and rejection.

Without clear and unbiased information, a teenager sees mental problems as secret and shameful, uncontrolled, which leads to self-stigmatization [20]: embarrassment and fear of being laughed upon, being called “seeking attention” or “crazy”.

Parents are also often confused and do not seek help for adolescents with SH because of shame and self-incrimination [62, 63, 64]. The suffering of loved ones is aggravated by ignorance of how to support and manage a teenager with SH, they postpone the search for help until the child experiences difficulties that are not directly related to SH [6]. If external assistance is not desired, parents indicate that they just need support to control the behavior of the adolescent (SH) [63]. The level of alleged psychiatric stigma among the villagers is especially high [65, 66]. Perhaps stigma is more “in the minds” of embarrassed adolescents with SH, and we are talking about self-stigmatization or the perceived stigma of SH and SB and / or seeking help [65, 67].

Fears of violation of confidentiality and trust (disclosure of information about SH) and

отношении потенциального источника помощи [обзоры: 5, 46, 68]. Теме посвящено ½ исследований в обзоре [5].

Малая психиатрическая осведомлённость [5, 36, 65, 69]: непонимание симптомов и недостаток знаний о возможной помощи, ложная информация (мифы). Физическая невозможность «увидеть или потрогать» необычные ощущения ведут к замешательству и страху вместо объяснений и решений. Затягивают начало помощи эмоциональная закрытость, насаждаемый «стоицизм» [69], особо в семьях, где не принято выражать и обсуждать чувства.

Сызмала мать учила его, что выражать вслух на людях глубокое переживание, которое тотчас на вольном воздухе выветривается, линяет и странным образом делается схожим с подобным переживанием другого, – не только вульгарно, но и грех против чувства. *В. Набоков. Подвиг.*

Проблемы интерпретации, управления и передачи информации о стрессе могут привести к тому, что подросток попадает в цикл избегания помощи. Участники опросов в дистрессе меняют оценку вплоть до «нормализации» переживаний. В результате – отрицание проблем или бездействие при их формальном признании [70]. Опрашиваемые затрудняются распознать симптомы депрессии и/или тревоги в более одной трети исследований обзора [5]. Так, 50-60% австралийских подростков правильно определяли симптомы депрессии [47]; 40% японских школьников с СХ ощущали психологический дистресс, но не искали помощи [70], особо одинокие («одиночество – состояние, о котором некому рассказать») и в большей мере, чем страдающие депрессии и тревогой [71]. Пользователи электронной почтой отметили физические и когнитивные симптомы депрессии и сочетание её с тревогой, причём психиатрическая коморбидность увеличивает риск СП [72], что не означало активный поиск лечения [44].

Подростки обычно не накопили знаний и навыков получения советов и поддержки сверстников [12], не разбираясь и в своих переживаниях. Многие не знали, куда обратиться, и что ожидать от помощи [73], при невозможности найти доступную, дружественную [74].

Опрос молодых вскоре после СП [75] показал важность осведомлённости о возможностях скорой помощи. Близкие и друзья важны для поддержки и контакта со службами. Выделены две темы: «потребность в гибкой, доступной медпомощи» и «стремление к независимости и потребности реальной поддержки».

Молодые не видели в враче общей практики помощника при психических расстройствах [76]. Сходны с горожанами опасения селян с беспокойством о недоброжелательном обращении и незнании, где искать помощь [77, 78].

Структурно-функциональные особенности, низкое качество помощи. Воспринимаемая характеристика

mistrust of a potential source of assistance [reviews: 5, 46, 68]. ½ of the studies in the review are on that topic [5].

Low psychiatric awareness [5, 36, 65, 69]: lack of understanding of symptoms and lack of knowledge about possible help, false information (myths). The physical inability to “see or touch” unusual sensations leads to confusion and fear instead of explanations and decisions. The help is delayed by emotional closeness, the enforced “stoicism” [69], especially in families where it is not customary to express and discuss feelings.

From early years the mother taught him that expressing aloud a deep experience in public is not only vulgar, but also is a sin against feeling, as it immediately wears out in free air, molts and strangely becomes similar to that of another. *V. Nabokov. The Feat.*

Problems in interpreting, managing, and communicating stress information can lead the teenager to fall into the avoidance cycle. Survey participants in distress change their assessment up to the “normalization” of experiences. As a result, there comes up denial of problems or inaction with their formal recognition [70]. Interviewees find it difficult to recognize the symptoms of depression and / or anxiety in more than one third of the survey studies [5]. Thus, 50-60% of Australian adolescents correctly identified the symptoms of depression [47]; 40% of Japanese schoolchildren with SH felt psychological distress, but did not seek help [70], especially those lonely (“loneliness is a condition that no one can talk about”) and more so than those suffering from depression and anxiety [71]. Email users noted the physical and cognitive symptoms of depression and its combination with anxiety, and psychiatric comorbidity increases the risk of SB [72], which did not mean an active search for treatment [44].

Adolescents usually did not accumulate knowledge and skills in obtaining advice and peer support [12], didn't try to understand their experiences. Many did not know where to turn and what to expect from help [73], when it was impossible to find affordable, friendly attitude [74].

A survey of young people shortly after SB [75] showed the importance of awareness of the possibilities of first aid. Relatives and friends are important for support and contact with services. Two topics are identified: “the need for flexible, affordable medical care” and “the desire for independence and the need for real support”.

Young people did not see assistance for mental disorders in a general practitioner [76]. Similar to the townspeople are the fears and concern of the villagers about ill-treatment

(авторитет) потенциального «поставщика психических услуг», профессионального помощника (врача общей практики, психиатра), способность скоро и действенно помочь [5, 44]. Значимы раса, пол, возраст (доверие молодому), способность «быстро» помочь, отзыв сверстников. Возможен активный негатив («грубый парень»), двойные роли («трудно разговаривать с кем-то, когда думаете о нём как о защитнике школьных правил»), осуждающее отношение или однобокость («не видят обеих сторон»), бесполезные ответы («раздувают это»), отсутствие связи («не знают о бандах» и ПАВ), психологически недоступны («нельзя поговорить») и занятость («чтобы иметь дело с каждым») [5]. Молодые ищут подлинной заботы и избегают помощи «равнодушного» профессионала [79].

Вопреки рекомендациям Национального института здравоохранения и медицинской помощи (NICE) по лечению самоповреждений в общих больницах [80], недовольство пациентов распространено: профессионалы не понимают, относятся небрежно и неуважительно, плохо обращаются и неловко привлекают к лечению. Соответственно, работники отделений неотложной помощи сообщают о негативном отношении к СХ, проявляемом раздражением, гневом и разочарованием [81, 82]. Попытки контроля, усиленного мониторинга и дисциплинарных мер воспринимаются подростками и молодыми бесполезными и ведут к хронификации цикла СХ [64, 83].

Сорок лет назад сотрудники неких отделений экстренной помощи называли пациентов с СХ «мусором» [84], нарушившими неписаные правила взаимодействия с медицинскими службами и ищущими «незаконной» роли больного. Немногие исследования подтверждают негативное и порой «карательное» отношение персонала общих больниц к пациентам с СХ. В систематическом обзоре 74 качественных и количественных исследований [81] отношения к СХ персонала больниц общего профиля, особо врачей – зеркальное отражение позиции пациентов с СХ; «хуже» только к зависимым от ПАВ. У психиатрического персонала более взвешенная (понимающая) позиция.

Современные юные пациенты отделения неотложной помощи на дискуссионном форуме [85] оценили «не заслуживающими внимания»; случайное слово или жест персонала легко на фоне эмоционального дистресса истолкованы как враждебные, подтверждающие и усугубляющие самооценку жалкой себя «мусорной» бесполезности в ловушке отрицательной спирали. Так, предложение отлежаться «в укромном месте» воспринимается унижающим. Негативные эмоции усиливают, по мнению подростков с СХ, карательное стигматизирующее поведение, бесчувствия персонала, ведущих в ловушку порочного круга стыда, избегания и повтор-

and ignorance on where to seek help [77, 78].

Structural and functional features, low quality of care. Here go the perceived characteristics (authority) of the potential “provider of mental services”, a professional assistant (general practitioner, psychiatrist), the ability to quickly and effectively help [5, 44]. What matter are race, gender, age (trust in the young), ability to “quickly” help, peer review. Possible problems are active negativity (“rude guy”), dual roles (“it’s hard to talk with someone when you think of them as an advocate of school rules”), condemning attitudes or one-sidedness (“don’t see both sides”), useless answers (“inflate this”), lack of communication (“know nothing about gangs” and surfactants), psychologically inaccessible (“you can’t share”) and being busy (“to deal with everyone”) [5]. Young people seek for genuine care and avoid help from an “indifferent” professional [79].

Contrary to the recommendations of the National Institute of Health and Medical Care (NICE) on the treatment of self-harm in general hospitals [80], patient dissatisfaction is widespread: professionals do not understand, are careless and disrespectful, mistreat, and embarrassingly attract to treatment. Accordingly, emergency department employees report a negative attitude towards SH, manifested by irritation, anger, and frustration [81, 82]. Attempts to control, strengthen monitoring and disciplinary measures are perceived by adolescents and young people as useless and lead to a chronicization of the SH cycle [64, 83].

Forty years ago, employees of certain emergency departments called patients with SH “garbage” [84], as they violated unwritten rules of interaction with medical services and were looking for the “illegal” role of the patient. Few studies confirm the negative and sometimes “punitive” attitude of general hospital staff towards patients with SH. In a systematic review of 74 qualitative and quantitative studies [81], the attitude to SH of the staff in general hospitals, especially doctors, is a mirror image of the position of patients with SH; attitude is “worse” only to those surfactants addicted. Psychiatric staff have a more balanced (understanding) position.

Modern young patients at the discussion forum [85] rated the emergency department as “not worthy of attention”; in the emotional distress, a random word or gesture of staff is easily interpreted as hostile, confirming and exacerbating the self-esteem of a miserable “garbage” worthlessness trapped in a negative spiral. Thus, the proposal to lie down “in a

ного СХ [64, 83].

Вторичный анализ качественных данных изучил позицию 31 молодых 16-25 лет участников онлайн дискуссионного форума с опытом СХ [85]. Они избегали неотложной помощи, основываясь на неудовлетворительном опыте. Принуждение к помощи восприняли как унижение. Положительная оценка гипотетического «обычного лечения»: недискриминационной помощи с добротой, которая бросала вызов отрицательной самооценке и разрывала цикл СХ. Курация школьных медсестёр дважды в неделю японских подростков с СХ не означает доверительного контакта: лишь 10% делится психологическим дистрессом [71].

Малая доступность (например, географические факторы, временные и материальные затраты) помощи. Подростки-селяне с СХ реже пользуются медицинскими услугами по сравнению со сверстниками - горожанами [77, 78, 86]. В сельской местности мало специалистов.

Систематический обзор и мета-этнография международных качественных анализов показали, что предупреждение СП и СХ подростков не приоритетны в школах [87]. Преподаватели нередко чувствуют себя неподготовленными для управления СХ их подопечных [88, 89] в атмосфере страха иерархической школьной структуры, что часто ведёт к нарастанию «случаев» и попытках найти «опыт» из внешнего источника [88]. В систематическом обзоре [68] в 10 из 14 статей сообщено о влиянии СХ подростков и молодых 12-28 лет на родителей при несоответствии их позиций и предпочтений.

Обращение за помощью в суицидальном кризисе осложнено сочетанием психиатрических и социальных (микросоциальных) проблем. Само обращение за неотложной помощью может вызвать дополнительный дистресс [90] особо при отсутствии возраст специфических услуг, ждут информации и сочувствия, а опросы воспринимают как негативные [91]. Пожизненная и 12-месячная распространенность СХ выше при полной школьной занятости.

Денежные затруднения не исчерпаны незнанием, что медицинское страхование охватывает (кое-где) психиатрию [44].

Культурный контекст объясняет неуместность поиска профессиональной помощи [92, 93, 94].

Католические подходы помощи в молитве и исповеди поощряют стоицизм; в традиционной семье не знают, как иметь дело с психическим недугом [94].

Однако,

Сеть и СХ. Подростки, обращающиеся к интернету в связи с СХ, могут отговаривать от помощи других пользователей [94, 95, 96] при обмене опытом. Сеть чаще использована для самораскрытия, а не поиска

secluded place” is perceived as degrading. Negative emotions reinforce, according to adolescents with SH, punitive stigmatizing behavior, insensitivity of staff, trapping a vicious circle of shame, avoidance and repeated SH [64, 83].

A secondary analysis of qualitative data examined the position of 31 young 16–25 years old participants in an online discussion forum with SH experience [85]. They avoided emergency care based on unsatisfactory experience. Coercion to help was perceived as humiliation. There is a positive assessment of the hypothetical “conventional treatment”: non-discriminatory care with kindness defies negative self-esteem and breaks the cycle of SH. Supervising school nurses twice a week in Japanese adolescents with SH does not mean trusting contact: only 10% share psychological distress [71].

Low availability (for example, geographical factors, time and material costs) of assistance. Adolescent villagers with SH are less likely to use medical services than peers in townships [77, 78, 86]. In rural areas there are fewer specialists.

A systematic review and meta-ethnography of international qualitative analyzes showed that prevention of SB and SH in adolescents is not a priority in schools [87]. Teachers often feel unprepared to manage their students’ SH [88, 89] in an atmosphere of fear of a hierarchical school structure, which often leads to an increase in “cases” and attempts to find “experience” from an external source [88]. In a systematic review [68], 10 out of 14 articles reported on the effect of SH in adolescents and young people aged 12–28 on parents when their positions and preferences did not match.

Seeking help in a suicidal crisis is complicated by a combination of psychiatric and social (microsocial) problems. The very request for emergency care can cause additional distress [90] especially in the absence of age-specific services, they are waiting for information and sympathy, and questions are perceived as negative [91]. Lifetime and 12-month prevalence of SH is higher at full school attendance.

Monetary difficulties are not limited by the ignorance that medical insurance covers (sometimes) psychiatry [44].

The cultural context explains the inappropriateness of seeking professional help [92, 93, 94].

Catholic approaches to helping with prayer and confession encourage stoicism; in a traditional family they don’t know how to deal with a mental illness [94].

помощи [46]. Показана связь СХ с СХ сверстника [97]. Киберхондрия способствует ложным ориентирам получения помощи.

Отрицательный («бесполезный», «вредный») опыт помощи [85, 36, 98].

Подростки боятся не только огласки, но и самого психиатрического лечения и склонны длить страдания, чем стать «зависимыми» от помощи [20, 36], особо при исключении из обсуждения вариантов лечения. «Пользователи услуг» подчеркивают отрицательный опыт лечения, обусловленный неблагоприятным отношением персонала при незнании СХ. Так, персонал мало уделяет им время и не развеивает опасения разглашения откровений.

Интрапсихические (демографические, клинические) аспекты.

Систематический обзор качественных и количественных исследований [99] показал, как соответствие мужским гендерным нормам сдерживает поиск помощи, влияя на выражение и управление психическими симптомами. Так, доминирующая мужская идентичность (семейный идеал мачо) отвергает поиск помощи как знак «слабой женственности» [100].

Систематический обзор и мета-синтез 34 качественных исследований [101] отметил риск несвоевременного выявления и недолечения «мужской депрессии» в связи с атипичными симптомами как раздражительности, агрессии, злоупотребления ПАВ и рискованного поведения и уклонения от помощи при отрицании «слабости» и «закрытии» проблемы. Традиционные ценности пола служат и посредниками в адаптивных стратегиях совладания с депрессией мужчинами [101].

Расчет на свои силы. Предпочтение подростков с / без СХ самостоятельности распространяются на выбор самопомощи в дистрессе [5, 36, 102]. Трое из четырёх первокурсников пытались бы решить эмоциональную проблему самостоятельно (56%), ½ (48%) – поговорить с друзьями или родственниками [45], но не с профессионалами. Группы сверстников ценят полагаться на себя, и это может перевесить личные склонности к поиску профессиональной помощи [103]. Поиск поддержки сверстников отражает представление, что родители их не понимают и не способны помочь [104]. Действительно, некоторые семьи и друзья вносят свой вклад в СХ и СП подростка [7, 71].

Мужские нормы (см. выше) личной независимости могут мешать мальчикам обращаться за помощью. Старшие подростки-девочки чаще выделяют друзей и специалистов как вероятных источников помощи их лично-эмоциональных проблем с меньшей зависимостью от семьи [12]. Юноши-школьники с депрессией и СП вероятнее придерживаются стратегии избегания,

However,

The Net and SH. Adolescents who access the Internet in connection with SH can discourage other users from helping [94, 95, 96] when exchanging experiences. The network is often used for self-disclosure, rather than seeking help [46]. The relationship of SH with SH of peers was shown [97]. Cyberchondria contributes to false guidelines for getting help.

Negative (“useless”, “harmful”) experience of assistance [85, 36, 98].

Teenagers are afraid of not only publicity, but also of psychiatric treatment itself and tend to prolong their suffering to avoid becoming “addicted” to help [20, 36], especially if treatment options are excluded from the discussion. “Users of services” emphasize the negative experience of treatment, due to the undesirable attitude of the staff when they do not know SH. For instance, the staff pay little attention to them and do not dispel the fears of the disclosure of revelations.

Intrapsychic (demographic, clinical) aspects.

A systematic review of qualitative and quantitative studies [99] showed how compliance with male gender norms hinders the search for help, affecting the expression and management of mental symptoms. Thus, the dominant male identity (the macho family ideal) rejects the search for help as a sign of “weak femininity” [100].

A systematic review and meta-synthesis of 34 qualitative studies [101] noted the risk of untimely detection and treatment of “male depression” due to atypical symptoms such as irritability, aggression, surfactants abuse and risky behavior and avoidance of assistance in denying “weakness” and “closing” the problem. The traditional values of gender also serve as intermediaries in adaptive coping strategies with depression by men [101].

Self-reliance. The preference of independence by adolescents with / without SH extends to the choice of self-help in distress [5, 36, 102]. Three out of four freshmen would try to solve an emotional problem on their own (56%), ½ (48%) would agree to talk with friends or relatives [45], but not with professionals. Peer groups value relying on themselves, and this may outweigh their personal inclinations to seek professional help [103]. The search for peer support reflects the idea that their parents do not understand and are not able to help [104]. Indeed, some families and friends contribute to the adolescent’s SH and SB [7, 71].

Male norms (see above) of personal independence can prevent boys from seeking help. Older adolescent girls more often distin-

как утаивание от других [105]. Мальчики вероятнее связывали с СП с неблагоприятным жизненным опытом, а не с психическим расстройством [106]. Такая позиция отторгала от профессиональной помощи, коли проблемы виделись незначительными и преходящими [107].

Обычные способы самолечения психических проблем приемлемы и совместимы с мужской индивидуальностью и групповыми ценностями [69] в среде поощрения мужского идеала самостоятельности и отрицания эмоций. СХ представляет альтернативу эскапизму (бегству от действительности вплоть до СП), отвлечению через ПАВ (спиртное), компьютерных могут помешать мальчикам обращаться за помощью. Предпочтения в поиске помощи молодёжи были рассмотрены в отношении: источника помощи (то есть неформальной: семья и друзья или официальная: медицинские работники), типа проблемы и времени. Опросы старшеклассников показывают, что тенденции развития у мальчиков и девочек различаются. То есть в старшей школе девочки всё чаще определяют своих друзей и специалистов в качестве вероятных источников помощи в решении их личностно-эмоциональных проблем с меньшей зависимостью от семьи. Хотя мальчики также сообщают о том, что меньше разыскивают членов семьи, они не дают компенсацию друзьям или профессионалам.

Личные убеждения, усвоенные гендерные роли, навыки совладания с трудностями, самоэффективность и воспринимаемая стигма взаимодействуют со структурными факторами, как медицинские и социальные службы, доступность помощи [2].

Взаимодействие подростков с харизматичными «настоящими мужиками» (возможно, из виртуального поля) может способствовать особому восприятию угроз, потерь и боли и дезадаптивному опыту совладания с типовыми жизненными трудностями.

Так, этапная теория развития романтических отношений у подростков подчёркивает пост-отношения как особо уязвимое время для подросткового возраста [108]. Романтические отношения составляют почти 10% консультаций подростков [109] в том числе, с СП и/или СХ.

Облегчающие, способствующие поиску помощи факторы – зеркальное отражение факторов риска избегания помощи. Типовые посредники («фасилитаторы») в поиске помощи: осведомлённость о психических расстройствах (возможность распознавать и описывать симптомы) и психиатрическими и/или медперсоналом [5, 36, 110].

Подростки ждут гарантий конфиденциальности, уважения и достоинства личности, участия в выборе хорошо переносимого и эффективного лечения; посе-

guish friends and specialists as probable sources of help for their personal and emotional problems with less dependence on the family [12]. Young schoolchildren with depression and SB are more likely to adhere to the avoidance strategy, like concealment from others [105]. Boys were more likely associated with SB with an unfavorable life experience, and not with a mental disorder [106]. This position hindered professional assistance, since the problems were seen to be insignificant and transient [107].

The usual methods of self-treatment of mental problems are acceptable and compatible with the male personality and group values [69] in the midst of promoting the male ideal of independence and negating emotions. SH is an alternative to escapism (escaping from reality right up to SB), distraction through surfactants (alcohol), and computer games can prevent boys from seeking help. Preferences in seeking help by young people were considered in relation to: the source of help (i.e. informal – family and friends, or official – health workers), type of problem and time. Surveys of high school students show that development trends differ for boys and girls. That is, high school girls increasingly identify their friends and specialists as probable sources of help in solving their personal and emotional problems with less dependence on the family. Although boys also report less family members, they do not compensate for friends or professionals.

Personal beliefs, acquired gender roles, coping skills, self-efficacy and perceived stigma interact with structural factors like medical and social services, access to care [2].

The interaction of adolescents with the charismatic “real men” (perhaps from a virtual field) can contribute to a special perception of threats, losses and pain, and a destructive experience of coping with typical life difficulties.

Thus, the staged theory of the development of romantic relationships in adolescents emphasizes post-relationships as a particularly vulnerable time for adolescence [108]. Romantic relationships account for almost 10% of adolescent consultations [109] including on SB and / or SH.

Alleviating factors facilitating search are a mirror image of risk factors for avoiding help. Typical mediators (“facilitators”) in seeking help are awareness of mental disorders (the ability to recognize and describe symptoms) and psychiatric and / or medical staff [5, 36, 110].

Teenagers are waiting for guarantees of confidentiality, respect and dignity of the per-

щений в больнице близких (и адвоката), доверительных советчиков [36, 73], возможно, сверстника из своей среды. Ободряет благоприятный опыт помощи [111, 112], и сторонний тоже. Подростки 12-17 лет и молодые до 26 лет с СХ и психиатрическими симптомами охотнее и скорее ищут советов и поддержки близких и/или сверстников, чем профессиональную помощь: интернистов и психиатров [46, 113, 114, 115], в связи с возрастной потребностью независимости от старших [104].

Большинство австралийских подростков определили по описаниям случаев депрессию и зависимость от ПАВ как требующие профессиональной помощи, но посоветуют больным сверстникам обратиться сперва к семье (20-30% – к профессионалу); при этом лишь половина обратится к специалисту, если обнаружит симптомы у себя [47].

Девушки более склонны облегчать поиск сверстниками профессиональной психиатрической помощи [116]. Родители не забыты как основные помощники в поиске профессиональной помощи подростков с СХ [6, 70, 88, 104], особо для его ускорения [117]. Понимание родителей СХ влияет на стратегии управления поведением подростка [118]. Например, приписывание СХ стадии развития («переходному возрасту») и / или психическому недугу способствует полезным приемам воспитания. Объяснение СХ как бунт против дисциплины ведёт к контрпродуктивным реакциям: пренебрежительному разъединению и усилению контроля (гиперопеке).

Менее 15% школьников при малой семейной поддержке склонны искать помощь как при эмоционально-поведенческих проблемах у учителя (около 30%) или консультанта, не всегда подготовленного [119]. Подростки указали, что родителям полезно улучшить отношения с учителями [120]. Родители и учителя в идеале помогают подросткам решать проблемы, направляют к профессионалам (психологам и психиатрам), уменьшают стигму, улучшают семейный контекст (сглаживая конфликт, увеличивают активность, укрепляют связи) и снижают учебный дистресс [120].

Позитивное обращение персонала даёт надежду освободиться из порочного круга СХ [85]. Подросткам с СХ необходимы доверительные отношения с предлагающими помощь [36, 100]. «Триалог» подростков, их родителей и профессионалов служит защитной функцией здоровья первых [121], а, возможно, также вторых и третьих. Сводные сведения приведены в таблице 1.

Изменчивые поведенческие, а не структурно-функциональные барьеры служб служат важнейшими причинами колебаний и уклонения от помощи. Помочь во время психосоциального кризиса подростка – поощрять поиск помощи.

son, participation in choosing a well-tolerated and effective treatment; visits to a hospital by relatives (and a lawyer), trusted advisers [36, 73], possibly a peer from their own environment. Favorable experience of assistance, even by third-party, also encourages [111, 112]. Adolescents aged 12-17 and young people under 26 with SH and psychiatric symptoms are more willing and more likely to seek advice and support from relatives and / or peers than professional help: internists and psychiatrists [46, 113, 114, 115], in connection with increased need for independence from elders [104].

Most Australian adolescents have identified depression and surfactants addiction from the case reports as requiring professional assistance, but they will advise sick peers to turn to their family first (20-30% advise to turn to a professional); however, only half will contact a specialist themselves if they discover to have such symptoms [47].

Girls are more likely to facilitate the search professional psychiatric care for peers [116]. Parents are not forgotten as the main helpers in the search for professional help for adolescents with SH [6, 70, 88, 104], especially to accelerate it [117]. Understanding of SH by parents affects adolescent behavior management strategies [118]. For example, attributing SH to a stage of development (“transitional age”) and / or mental illness contributes to useful upbringing techniques. Explaining SH as a rebellion against discipline leads to counterproductive reactions: neglect of separation and increased control (hyper-custody).

Like with emotional-behavioral problems less than 15% of schoolchildren with little family support tend to seek help from a teacher (about 30%) or a consultant who is not always trained [119]. Adolescents indicated that it is helpful for parents to improve their relationships with teachers [120]. Parents and teachers ideally help adolescents solve problems, refer to professionals (psychologists and psychiatrists), reduce stigma, improve the family context (smoothing out conflict, increase activity, strengthen communication) and reduce educational distress [120].

The positive appeal of the staff gives hope to free oneself from the vicious circle of SH [85]. Adolescents with SH need a trusting relationship with those offering help [36, 100]. The “trialogue” of adolescents, their parents and professionals serves as a protective function of the health of the first [121], and possibly also of the second and third. Summarized data is given in table. 1.

Таблица 1 / Table 1

Препятствия и облегчающие факторы поиска помощи подросткам с СХ [цит. по 5, 46, изм, доп.]
 Barriers and facilitating factors in seeking care by adolescents with SH [cit. 5, 46, rev, add.].

Препятствия поиска помощи / Barriers to seeking help		
Межличностные барьеры / Interpersonal barriers		
<p>Окружающие не понимают поведения подростка с СХ. Малая осведомлённость о кризисе, психических расстройствах (их симптомах), СП и СХ. Others do not understand the behavior of a teenager with SH. Low awareness of the crisis, mental disorders (their symptoms), SB and SH.</p>	<p>Опасения стигматизации, нарушения конфиденциальности, негативной реакции при открытии факта СХ. Самостигматизация. Страх гомофобии персонала (геями), психотропных препаратов. Fears of stigmatization, breach of confidentiality, negative reaction when discovering the fact of SH. Self-stigmatization. Fear of homophobia of staff (gays), psychotropic drugs.</p>	<p>Боязнь быть причисленным окружающими (сверстниками) как «вымогающий внимания». Fear of being classified by others (peers) as “extorting attention”.</p>
<p>Неопределённость возможности помощи старшими (родители, учителя). Uncertainty of the possibility of help by the adults (parents, teachers).</p>	<p>Незнание, где искать помощь. Ignorance of where to seek help from.</p>	<p>Опасения расходов, дальнейшей дороги и изоляции от дома (селяне), чужого языка (нацменьшинства). Fears of expenses, long journeys and isolation from home (villagers), a foreign language (national minorities)</p>
Структурно-функциональные характеристики помощи Structural and functional characteristics of assistance		
<p>Недоступность, недифференцированность, негибкость, разобщённость помощи. Inaccessibility, indifference, inflexibility, disunity of assistance.</p>	<p>Малая доступность (особо в сельской местности). Дороговизна безальтернативного лечения. Low availability (especially in rural areas). The high cost of non-alternative treatment.</p>	<p>Недоброжелательное, злонамеренное, корыстное отношение неподготовленного персонала. Unfriendly, malicious, mercenary attitude of untrained personnel.</p>
Внутренние (личностно-психические) барьеры Internal (personality-psychological) barriers		
<p>Депрессия, тревога и СП (мысли). Негативное отношение к обращению за любой помощью. Безнадёжность в отношении лечения. Depression, anxiety and SB (thoughts). Negative attitude to contacting for any help. Hopelessness regarding treatment.</p>	<p>Не критичность. Минимизация проблемы СХ. Non criticality. Diminishing the problem of SH.</p>	<p>Представление, что можно или нужно справляться с проблемой в одиночку. The idea that you can or should deal with the problem on your own.</p>
Облегчающие поиск помощи факторы / Factors Facilitating Seeking Help		
<p>Положительный опыт помощи, личный или у сверстника. Доступность помощи (близость от дома, онлайн услуги). Positive experience of getting help, personal or from peers. Accessibility of assistance (proximity to home, online services).</p>	<p>Социальная поддержка. Social support.</p>	<p>Поддержка окружающих в поиске помощи (духовника, врача общей практики). Support by others in finding help (confessor, general practitioner).</p>
<p>Конфиденциальность (анонимность) помощи и доверие к помощи (помощнику). Confidentiality (anonymity) of assistance and trust to assistance (assistant).</p>	<p>Восприятие серьёзности проблемы. Perception of the problem as severe.</p>	<p>Лёгкость выражения эмоций и открытость. Ease of expression of emotions and openness.</p>
<p>Эмпатическая связь с персоналом («привратниками»). Empathic connection with the staff ("gatekeepers").</p>	<p>Обучение и осведомлённость. Training and awareness.</p>	<p>Бесплатность (включение помощи в страховую корзину). Free assistance (inclusion of assistance in the insurance basket)</p>

Важно снизить барьеры поиска лечения несовершеннолетних с СХ, чтобы сделать неотложное лечение доступным.

Ограничения исследований. Оценки обращения за помощью различны: от вопросов «спрашиваете ли в настоящее время кого-либо, чтобы обсудить психологический стресс?» до списка источников помощи [46]. Так, намерения поиска психиатрической помощи показана General Help Seeking Questionnaire-Vignette (GHSQ-V) [122].

Содействие обращению за помощью сверстника оценено модифицированной для подростка версией. Без согласованного определения обращения за помощью неясно, когда подростки внутренне мотивированы к обращению или действовали по указке взрослого (значимого лица). Информация основана на самоотчетах, что ведёт к потенциальной систематической ошибке.

Образцы обращения за помощью подростков отличены при суицидальных и несуйцидальных СХ (нСХ), до и после эпизода СХ, строго (возможно ли?) не разделённых. При их объединении обычно упущены важные смежные вопросы, как метод самоповреждения, медицинские последствия. Например, нСХ, приводящее к незначительному повреждению кожи (царапинам), не требует медицинской помощи, в отличие от комы вслед передозировке снотворных.

Основные барьеры выявлены качественными (чаще) и количественными анализами подростков и / или их близких. Ранние обзоры сосредоточены на количественных перекрестных корреляционных исследованиях (связь измеряемого препятствия и намерения обратиться за помощью) с недооценкой возможностей качественных и сочетанных анализов.

Качественное исследование – по сути, субъективный процесс, где проявлены скрытые предубеждения ведущего или единственного исследователя, кодирующего предвзято ранжирующего барьеры и «фасилитаторы». Рассматриваются только предполагаемые препятствия и посредники в поисках помощи, о которых сообщают подростки, учитывая, что они могут не знать о всех факторах влияния.

Сомнительна точность оценки грамотности в области психического здоровья, и следует разработать психометрические устойчивые оценки компонентов конструкции, включающей распознавание проблем, знания и убеждения о психических расстройствах, которые помогают их лечению или профилактике [123, 124].

Статьи, составляющие систематические обзоры, сугубо на английском языке, малочисленны и неоднородны; объёмы выборок от трёх (качественные анализы) до 30000. В исследованиях поиска помощи подростками внимание специализированным службам в ущерб общемедицинским и суицидологическим, альтернативных психиатрическим «фильтрам». Результаты исследований могут быть не распространяемы на другие страны (регионы) при определённых параллелях

Volatile behavioral rather than structurally functional service barriers are critical causes of hesitation and avoidance of care. To help a teenager amidst the psychosocial crisis is to encourage the search for help. It is important to lower the barriers to seeking treatment for minors with SH in order to make emergency treatment available.

Research limitations. The ratings for seeking help are different: from the questions, “Are you currently looking for anyone to discuss psychological stress?” to providing a list of sources of help [46]. Thus, the intentions of seeking psychiatric care are shown by the General Help Seeking Questionnaire-Vignette (GHSQ-V) [122].

Facilitating the application for peer help was rated in a teenager modified version. Without an agreed definition of seeking help, it is unclear when adolescents are internally motivated to appeal or act on the orders of an adult (significant other). The information is based on self-reports, which leads to a potential systematic error.

Samples of seeking help from adolescents are different for suicidal and non-suicidal SH (nSH), before and after an episode of SH, not strictly separated (is it possible?). When combining them, important related issues are usually overlooked, such as the method of self-harm, medical consequences. For example, nSH, which leads to minor skin damage (scratches), does not require medical attention, unlike coma after an overdose of sleeping pills.

The main barriers were identified by qualitative (more often) and quantitative analyzes of adolescents and / or their relatives. Early reviews focused on quantitative cross-correlation studies (the relationship of the measured obstacle and the intention to seek help) with an underestimation of the possibilities of qualitative and combined analyzes.

Qualitative research is essentially a subjective process, where latent prejudices of the leading or the only researcher coding for biased ranking barriers and “facilitators” are revealed. Only the alleged barriers and mediators in seeking help reported by adolescents are considered, given that they may not be aware of all the factors of influence.

The accuracy of mental health literacy assessments is questionable, and psychometric robust assessments of structural components should be developed, including recognition of problems, knowledge, and beliefs about mental disorders that help treat or prevent them [123, 124].

Articles constituting systematic reviews, purely in English, are small and heterogeneous; sample sizes range from three (qualitative analyzes) to 30,000. In adolescent assistance search research, attention is paid to special-

с другими контекстами.

При одномоментном (поперечном) опросе участники сообщают только о случаях обращения за помощью, на что может влиять предвзятость отзыва или социальная желательность.

Для определения влияния установок и намерений на поведение подростков в будущем, нужны продольные наблюдения. Пол влияет на намерения подростка обращаться за помощью сверстников, как подростки реагируют на реальные жизненные ситуации. Действительно [цит. по 47], австралийские подростки менее правильно определяют депрессию при использовании более натуралистической формы представления (фильма).

Данный обзор в форме повествовательного обобщения не следует трактовать как систематическое представление фактических данных.

Выводы: поиск помощи подростками в связи с распространёнными в этом возрасте СХ – стадийный процесс, включающий ряд функциональных и организационных фильтров. Меньшая (с наиболее выраженными СХ и тяжёлыми медицинскими последствиями) часть нуждающихся получают психиатрическую (антикризисную) помощь. Для привлечения подростков к помощи важно активизировать неформальные ресурсы поддержки и преобразовать типовые профессиональные службы в возраст-специфические, обращённые к эластическим потребностям подростков и их близких, согласно современной матрицы психиатрической помощи, ориентированной на психосоциальное выздоровление. При большом притоке пациентов следует ожидать увеличение нагрузки на типовые службы («их затопления») и службы нового типа при обязательном целевом обучении персонала и «привратников» (см. часть II Обзора).

ized services to the detriment of general medical and suicidological alternatives to psychiatric “filters”.

Research results may not be applicable to other countries (regions) under certain parallels with other contexts.

In a one-time (transverse) survey, participants report only cases of seeking help, which can be affected by the bias of the recall or social desirability.

To determine the effect of attitudes and intentions on adolescent behavior in the future, longitudinal observations are needed. Gender influences a teenager’s intentions to seek peer help as well as how teenagers respond to real-life situations. Indeed [cit. 47], Australian teens are less likely to define depression when using a more naturalistic form of presentation (film).

This review in the form of a narrative generalization should not be interpreted as a systematic presentation of evidence.

Conclusions: the search for help by adolescents in connection with SH, common at this age, is a staged process that includes a number of functional and organizational filters. A smaller (with the most pronounced SH and severe medical consequences) part of those in need receive psychiatric (anti-crisis) assistance. To attract adolescents to help, it is important to activate informal support resources and transform typical professional services into age-specific ones that address the elastic needs of adolescents and their loved ones, according to the modern psychiatric care matrix focused on psychosocial recovery. With a greater influx of patients, we should expect an increase in the load on standard services (“their flooding”) and services of a new type with the indispensable targeted training of staff and gatekeepers (see part II of the Review).

Литература / References:

- Любов Е.Б., Петухов В.В. Клинико-социальная характеристика суицидентов, обратившихся в институтскую клинику. *Российский психиатрический журнал*. 2020. 1: 21-26.
- Barker G., Olukoja A., Aggleton P. Young people, social support and help-seeking. *Int J Adolesc Med Health*. 2005; 17 (4): 315-335.
- Del Mauro J.M., Jackson W.D. Children and Adolescents’ Attitudes Toward Seeking Help From Professional Mental Health Providers. *Int J Adv Counselling*. 2012; 35 (2): 120–138.
- Hunt J., Eisenberg D. Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *J Adolesc Health*. 2010; 46 (1): 3-10.
- Gulliver A., Griffiths K.M., Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2010; 10: 113–121.
- Berger E., Hasking P., Martin G. Adolescents’ perspectives of youth non-suicidal self-injury prevention. *Youth Soc*. 2017; 49: 3-22.
- Hawton K., Saunders K.E., O’Connor R.C. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012; 379: 2373-2382.
- Madge N., Hewitt A., Hawton K., et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008; 49: 667–677.
- Townsend E. Self-harm in young people. *Evid Based Ment Health*. 2014; 17 (4): 97-99.
- Barker G. Adolescents, social support and help-seeking behaviour: an international literature review and programme consultation with recommendations for action. Geneva: WHO, 2007.
- Carlisle J., Shickle D., Cork M., McDonagh A. Concerns over confidentiality may deter adolescents from consulting their doctors. A qualitative exploration. *J Med Ethics*. 2006; 32 (3): 133-137.
- Rickwood D., Deane F.P., Wilson C.J., Ciarrochi J.V. Young people’s help-seeking for mental health problems. *Aust E J Adv Ment Health*. 2005; 4 (3 Suppl): 1–34.
- Unrau Y.A., Grinnell R.M. Exploring out of-home placement as a moderator of help-seeking behavior among adolescents who are high risk. *Res Soc Work Pract*. 2005; 15 (6): 516–530.
- Cornally N., McCarthy G. Help-seeking behaviour: A concept analysis. *Int J Nurs Practice*. 2011; 17: 280–288.
- Goldberg D., Goodyear I. *The origins and course of common mental disorders*. London and New-York, Routledge; 2005.
- Murray C. Young people’s help-seeking - An alternative model. *Childhood*. 2005; 12 (4): 479–494.

17. Fortune S., Sinclair J., Hawton K. Help-seeking before and after episodes of self-harm: a descriptive study in school pupils in England. *BMC Public Health*. 2008; 8: 369.
18. Zwaanswijk M., van der EJ, Verhaak P.F., et al. Factors associated with adolescent mental health service need and utilization. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 42: 692–700.
19. Biddle L., Gunnell D., Sharp D., Donovan J.L. *Factors influencing help seeking in mentally distressed young adults: A cross-sectional survey*. Br J Gen Practice. 2004; 54: 248–253.
20. Chan M.E. Antecedents of instrumental interpersonal help-seeking: An integrative review. *Applied Psychology*. 2013; 62: 571–596.
21. Hogg M.A., Turner J.C. Intergroup behaviour, self-stereotyping and the salience of social categories. *Br J Soc Psychology*. 1987; 26: 325–240.
22. Tajfel H., Turner J.C. The social identity theory of intergroup behavior. Jost J.T., Sidanius J., eds. *Political psychology: Key readings in social psychology*. NY: *Psychology Press*, 2004: 276–293.
23. Biddle L., Donovan J., Sharp D., Gunnell D. Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: A dynamic interpretive model of illness behaviour. *Sociology Health Illness*. 2007; 29: 983–1002.
24. Cohen P., Kasen S., Brook J.S., Struening E.L. Diagnostic predictors of treatment patterns in a cohort of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991; 30: 989–993.
25. Sawyer M.G., Arney F.M., Baghurst P.A., et al. The mental health of young people in Australia: key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. *Aust NZ J Psychiatry*. 2001; 35 (6): 806–814.
26. Royal College of Psychiatrists Self-harm, Suicide and Risk: Helping People Who Self-harm. Final Report of a Working Group (College Report CR158). Royal College of Psychiatrists, 2010.
27. Gasquet I., Chavance M., Ledoux S., Choquet M. Psychosocial factors associated with help-seeking behavior among depressive adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 6: 151–159.
28. Saunders S.M., Resnick M.D., Hoberman H.M., Blum R.W. Formal help-seeking behavior of adolescents identifying themselves as having mental health problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994; 33: 718–728.
29. Taylor T.L., Hawton K., Fortune S., Kapur N. Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2009; 194: 104–110.
30. Ahmedani B.K., Simon G.E., Stewart C., et al. Health care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med*. 2014; 29 (6): 870–877.
31. Luoma J.B., Martin C.E., Pearson J.L. Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002; 159 (6): 909–916.
32. Vasiliadis H.M., Ngamini-Ngui A., Lesage A. Factors associated with suicide in the month following contact with different types of health services in Quebec. *Psychiatr Serv*. 2015; 66 (2): 121–126.
33. Sun L., Zhang J. Factors associated with help-seeking behavior among medically serious attempters aged 15–54 years in rural China. *Psychiatry Res*. 2019; 274: 36–41.
34. Australian Bureau of Statistics; Canberra, editor. Australian Bureau of Statistics: National Survey of Mental Health and Well-being: Summary of Results. 2007.
35. Romano E., Tremblay R.E., Vitaro F., et al. Prevalence of psychiatric diagnoses and the role of perceived impairment: findings from an adolescent community sample. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001; 42: 451–461.
36. Rickwood D., Deane F., Wilson C. When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Med J Aust*. 2007; 187 (7 Suppl): 35–39.
37. Sawyer M.G., Borojevic N., Ettridge K.A., et al. Do help-seeking intentions during early adolescence vary for adolescents experiencing different levels of depressive symptoms? *J Adolesc Health*. 2012; 50 (3): 236–242.
38. Wen C., Wang W.Q., Ding L.J., et al. Suicidal and help-seeking behavior in Xiamen, south China. *Asia Pac Psychiatry*. 2013; 5 (3): 168–174.
39. Calcar A.L., Batterham P.J., Christensen H. Predictors of help-seeking for suicidal ideation in the community: Risks and opportunities for public suicide prevention campaigns. *Psychiatry Res*. 2014; 219 (3): 525–530.
40. Kurihara T., Kato M., Reverger R., Tirta I.G.R. Risk factors for suicide in Bali: A psychological autopsy study. *BMC Public Health*. 2009; 9: 1–7.
41. Wilson C.J., Deane F.P. Help-negation and suicidal ideation: the role of depression, anxiety and hopelessness. *J Youth Adolesc*. 2010; 39 (3): 291–305.
42. Pollock L.R., Williams J.M.G. Effective problem solving in suicide attempters depends on specific autobiographical recall. *Suicide and Life Threat Behav*. 2001; 31 (4): 386–396.
43. Demyttenaere K., De Fruyt J., Stahl S.M. The many faces of fatigue in major depressive disorder. *Int J Neuropsychopharmacology*. 2005; 8 (1): 93–105.
44. Cokro S., Prawira B. 13 Emails Why: A Qualitative Study of Jakarta Citizens' Online Help Seeking Experiences in Suicidal Crisis. *Suicidology Online* 2019; 10: 1–12.
45. Ebert D.D., Mortier P., Kaehlke F., et al. Barriers of mental health treatment utilization among first-year college students: First cross-national results from the WHO World Mental Health International College Student Initiative. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2019; 28 (2): e1782.
46. Rowe S.L., French R.S., Henderson C., et al. Help-seeking behaviour and adolescent self-harm: A systematic review. *Aust. NZ J Psychiatry*. 2014; 48: 1083–1095.
47. Lubman D.I., Cheetham A., Jorm A.F., et al. Australian adolescents' beliefs and help-seeking intentions towards peers experiencing symptoms of depression and alcohol misuse. *BMC Public Health*. 2017; 17 (1): 658.
48. Essau C.A. Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders. *Depress Anxiety*. 2005; 22 (3): 130–113.
49. Zachrisson H.D., Rodje K., Mykletun A. Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey. *BMC Public Health*. 2006; 6: 34.
50. Stallard P., Spears M., Montgomery A.A., et al. Self-harm in young adolescents (12–16 years): onset and short-term continuation in a community sample. *BMC Psychiatry*. 2013; 13: 328.
51. Nishida A., Shimodera S., Sasaki T., et al. Risk for suicidal problems in poor-help-seeking adolescents with psychotic-like experiences: findings from a cross-sectional survey of 16,131 adolescents. *Schizophr Res*. 2014; 159 (2-3): 257–262.
52. Bland R.C., Newman S.C., Orn H. Help-seeking for psychiatric disorders. *Can J Psychiatry*. 1997; 42 (9): 935–942.
53. Hom M.A., Stanley I.H., Joiner T.E.Jr. Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: A review of the literature. *Clin Psychol Rev*. 2015; 40: 28–39.
54. Franzen M., Keller F., Brown R.C., Plener P.L. Emergency Presentations to Child and Adolescent Psychiatry: Nonsuicidal Self-Injury and Suicidality. *Front. Psychiatry*. 2020; 10: 979.
55. Lawrence D., Johnson S., Hafekost J., et al. The Mental Health of Children and Adolescents: Report on the Second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Well-being. Department of Health; Canberra, ACT, Australia: 2015.
56. Hawton K., Fagg J., Simkin S. Deliberate self-poisoning and self-injury in children and adolescents under 16 years of age in Oxford, 1976–1993. *Br J Psychiatry*. 1996; 169: 202–208.
57. Clement S., Schauman O., Graham T., et al. What is the impact of mental health-related stigma on help seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med*. 2014; 45 (1): 11–27.
58. Ali K., Farrer L., Fassnacht D.B., et al. Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review. *Int J Eat Disord*. 2017; 50 (1): 9–21.
59. Salaheddin K., Mason B. Identifying barriers to mental health help-seeking among young adults in the UK: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract*. 2016; 66 (651): e686–92.
60. Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K., et al. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev*. 2010; 117 (2): 575–600.
61. Fortune S., Sinclair J., Hawton K. Adolescents' views on preventing self-harm. A large community study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008; 43: 96–104.
62. Byrne S., Morgan S., Fitzpatrick C., et al. Deliberate self-harm in children and adolescents: A qualitative study exploring the needs

- of parents and carers. *Clin. Child Psychol. Psychiatry*. 2008; 13: 493–504.
63. Ferrey A.E., Hawton K., Simkin S., et al. 'As a parent, there is no rulebook': A new resource for parents and carers of young people who self-harm. *Lancet Psychiatry*. 2015; 2: 577–579.
 64. Kelada L., Whitlock J., Hasking P., Melvin G. Parents' experiences of nonsuicidal self-injury among adolescents and young adults. *J. Child Fam. Stud*. 2016; 25: 3403–3416.
 65. Jorm A.F., Wright A.M. Influences on young people's stigmatising attitudes towards peers with mental disorders: national survey of young Australians and their parents. *Br J Psychiatry*. 2008; 192 (2): 144–149.
 66. Wrigley S., Jackson H., Judd F., Komiti A. Role of stigma and attitudes toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in a rural town. *Austral NZ J Psychiatry*. 2005; 39 (6): 514–521.
 67. Vogel D.L., Wade N.G., Hackler A.H. Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *J Couns Psychol*. 2007; 54 (1): 40.
 68. Curtis S., Thorn P., McRoberts A., et al. Caring for Young People Who Self-Harm: A Review of Perspectives from Families and Young People. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15 (5). pii: E950.
 69. Lynch L., Long M., Moorhead A. Young Men, Help-Seeking, and Mental Health Services: Exploring Barriers and Solutions. *Am J Mens Health*. 2018; 12 (1): 138–149.
 70. Klineberg E., Biddle L., Donovan J., Gunnell D. Symptom recognition and help seeking for depression in young adults: a vignette study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011; 46 (6): 495–505.
 71. Watanabe N., Nishida A., Shimodera S., et al. Help-seeking behavior among Japanese school students who self-harm: Results from a self-report survey of 18,104 adolescents. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2012; 8: 561–569.
 72. Batterham P.J., Calear A.L., Christensen H., et al. Independent Effects of Mental Disorders on Suicidal Behavior in the Community. *Suicide Life-Threat Behav*. 2017; 48 (5): 1–10.
 73. Klineberg E., Kelly M.J., Stansfeld S.A., et al. How do adolescents talk about self-harm: a qualitative study of disclosure in an ethnically diverse urban population in England. *BMC Public Health*. 2013; 13: 572.
 74. Bernard D., Quine S., Kang M., et al. Access to primary health care for Australian adolescents: how congruent are the perspectives of health service providers and young people, and does it matter? *Aust NZ J Public Health*. 2004; 28 (5): 487–492.
 75. Idenfors H., Kullgren G., Salander Renberg E. Professional Care as an Option Prior to Self-Harm. *Crisis*. 2015; 36 (3): 179–186.
 76. Biddle L., Donovan J.L., Gunnell D., Sharp D. Young adults' perceptions of GPs as a help source for mental distress: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2006; 56 (533): 924–931.
 77. Fox J.C., Blank M., Rovnyak V.G., Barnett R.Y. Barriers to help seeking for mental disorders in a rural impoverished population. *Community Ment Health J*. 2001; 37 (5): 421–436.
 78. Hernan A., Philpot B., Edmonds A., Reddy P. Healthy minds for country youth: Help-seeking for depression among rural adolescents. *Austral J Rural Health*. 2010; 18: 118–124.
 79. Jordan J., McKenna H., Keeney S., et al. Providing meaningful care learning from the experiences of suicidal young men. *Qualitative Health Res*. 2012; 22: 1207–1219.
 80. National Institute for Health and Clinical Excellence *Self-harm: The Short-term Physical and Psychological Management and Secondary Prevention of Self-harm in Primary and Secondary Care*. Clinical Guideline 16. Department of Health, 2004.
 81. Saunders K., Hawton K., Fortune S., Farrell S. Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: a systematic review. *J Affect Disord*. 2012; 139: 205–216.
 82. Chapman R., Martin C. Perceptions of Australian emergency staff towards patients presenting with deliberate self-poisoning: a qualitative perspective. *Int Emerg Nurs*. 2014; 22: 140–145.
 83. Ryan K., Heath M.A., Fischer L., Young E.L. Superficial self-harm: Perceptions of young women who hurt themselves. *J. Ment. Health Couns*. 2008; 30: 237–254.
 84. Jeffery R. Normal rubbish: deviant patients in casualty departments. *Sociol Health Illn*. 1979; 1: 90–107.
 85. Owens Ch., Hansford L., Sharkey S., Ford T. Needs and fears of young people presenting at accident and emergency department following an act of self-harm: secondary analysis of qualitative data. *Br J Psychiatry*. 2016; 208 (3): 286–291.
 86. Fadum E.A., Stanley B., Rossow I., et al. Use of health services following self-harm in urban versus suburban and rural areas: a national cross-sectional study. *BMJ Open*. 2013; 3: e002570.
 87. Evans R., Hurrell C. The role of schools in children and young people's self-harm and suicide: Systematic review and meta-ethnography of qualitative research. *BMC Public Health*. 2016; 16: 401.
 88. Berger E., Hasking P., Reupert A. "We're working in the dark here": Education needs of teachers and school staff regarding student self-injury. *School Ment Health*. 2014; 6: 201–212.
 89. De Riggi M.E., Moumne S., Heath N.L., Lewis SP. Non-suicidal self-injury in our schools: A review and research-informed guidelines for school mental health professionals. *Can J School Psychology*. 2017; 32: 122–143.
 90. Guzmán E.M., Tezanos K.M., Chang B.P., Cha C.B. Examining the impact of emergency care settings on suicidal patients: a call to action. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020; 63: 9–13.
 91. Worsley D., Barrios E., Shuter M., et al. Adolescents' experiences during "boarding" hospitalization while awaiting inpatient psychiatric treatment following suicidal ideation or suicide attempt. *Hosp Pediatr*. 2019; 9: 827–833.
 92. Bhui K., McKenzie K., Rasul F. Rates, risk factors & methods of self-harm among minority ethnic groups in the UK: a systematic review. *BMC Public Health*. 2007; 7: 336.
 93. Husain N., Waheed W., Husain N. Self-harm in British South Asian women: psychosocial correlates and strategies for prevention. *Ann Gen Psychiatry*. 2006; 5 (1): 7.
 94. Leavey G., Hollins K., King M., Barnes J., Papadopoulos C., Grayson K. Psychological disorder amongst refugee and migrant schoolchildren in London. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004. 39; 191–195.
 95. Nam S.K., Chu H., Lee M.K., et al. A meta-analysis of gender differences in attitudes toward seeking professional psychological help. *J Am Colleg Health*. 2010; 59: 110–116.
 96. Daine K., Hawton K., Singaravelu V., et al. The power of the web: A systematic review of studies of the influence of the Internet on self-harm and suicide in young people. *PLoS One*. 2013; 8: e77555.
 97. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clin Psychol Rev*. 2004; 24: 957–979.
 98. Hunter C., Chantler K., Kapur N., Cooper J. Service user perspectives on psychosocial assessment following self-harm and its impact on further help-seeking: A qualitative study. *J Affect Disord*. 2012; 145 (3): 315–323.
 99. Seidler Z.E., Dawes A.J., Rice S.M., et al. *The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review*. *Clin Psychol Rev*. 2016; 49: 106–118.
 100. Vogel D.L., Wade N.G., Wester S.R., et al. Seeking help from a mental health professional: The influence of one's social network. *J Clin Psychology*. 2007; 63: 233–245.
 101. Krumm S., Checchia C., Koesters M., et al. Men's Views on Depression: A Systematic Review and Metasynthesis of Qualitative Research. *Psychopathology*. 2017; 50 (2): 107–124.
 102. Farrand P., Perry J., Lee C., Parker M. Adolescents' preference towards self-help: Implications for service development. *Primary Care Com Psychiatry*. 2006; 11 (2): 73–79.
 103. Judd F., Jackson H., Komiti A., et al. Help-seeking by rural residents for mental health problems: The importance of agrarian values. *Australian NZ J Psychiatry*. 2006; 40: 769–776.
 104. Hasking P., Rees C.S., Martin G., Quigley J. What happens when you tell someone you self-injure? The effects of disclosing NSSI to adults and peers. *BMC Public Health*. 2015; 15: 1–9.
 105. Gould M.S., Velting D., Kleinman M., et al. Teenagers' attitudes about coping strategies and help-seeking behavior for suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 43: 1124–1133.
 106. Lake A.M., Kandasamy S., Kleinman M., Gould M.S. Adolescents' attitudes about the role of mental illness in suicide, and their association with suicide risk. *Suicide Life Threat Behav*. 2013; 43: 692–703.

107. Czyz E.K., Horwitz A.G., Eisenberg D., et al. Self-reported barriers to professional help seeking among college students at elevated risk for suicide. *J Am Coll Health*. 2013; 61: 398-406.
108. Price M., Hides L., Cockshaw W., et al. Young Love: Romantic Concerns and Associated Mental Health Issues among Adolescent Help-Seekers. *Behav. Sci.* 2016; 6: 9.
109. Fallon B.J., Bowles T. Adolescent Help-Seeking for Major and Minor Problems. *Aust J Psychol*. 1999; 51: 18.
110. Novianty A., Hadjam M.N.R. Literasi kesehatan mental dan sikap komunitas sebagai prediktor pencarian pertolongan formal. *J Psikologi*. 2017; 44 (1): 50-65.
111. Lindsey M.A., Korr W.S., Broitman M., et al. Help-seeking behaviors and depression among African American adolescent boys. *Soc Work*. 2006; 51 (1): 49-58.
112. Wilson C.J., Deane F.P. Adolescent opinions about reducing help-seeking barriers and increasing appropriate help engagement. *J Educat Psychol Consult*. 2001; 12 (4): 345-364.
113. De Leo D., Heller T.S. Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey. *Med J Aust*. 2004; 181 (3): 140-144.
114. Morey C., Corcoran P., Arensman E., Perry I.J. The prevalence of self-reported deliberate self-harm in Irish adolescents. *BMC Public Health*. 2008; 8: 79.
115. Ystgaard M., Arensman E., Hawton K., et al. Deliberate self-harm in adolescents: comparison between those who receive help following self-harm and those who do not. *J Adolesc*. 2009; 32 (4): 875-891.
116. Yap M.B.H., Wright A., Jorm A.F. First aid actions taken by young people for mental health problems in a close friend or family member: findings from an Australian national survey of youth. *Psychiatry Res*. 2011; 188 (1): 123-128.
117. Oldershaw A., Richards C., Simic M., Schmidt U. Parents' perspectives on adolescent self-harm: Qualitative study. *Br. J. Psychiatry*. 2008; 193: 140-144.
118. Ferrey A.E., Hughes N.D., Simkin S., et al. The impact of self-harm by young people on parents and families: A qualitative study. *Br. Med. J. Open*. 2016; 6: e009631.
119. Daeem R., Mansbach-Kleinfeld L., Farbstein I., et al. Help seeking in school by Israeli Arab minority adolescents with emotional and behavioral problems: results from the Galilee Study. *Isr J Health Policy Res*. 2016; 5: 49.
120. Berger E., Hasking P., Martin G. 'Listen to them': Adolescents' views on helping young people who self-injure. *J Adolesc*. 2013; 36: 935-945.
121. Sieving R.E., McRee A.L., McMorris B.J., et al. Youth-Adult Connectedness: A Key Protective Factor for Adolescent Health. *Am J Prev Med*. 2017; 52: 275-278.
122. Wilson C.J., Rickwood D.J., Bushnell J.A., et al. The effects of need for autonomy and preference for seeking help from informal sources on emerging adults' intentions to access mental health services for common mental disorders and suicidal thoughts. *Adv Mental Health*. 2011; 10 (1): 29-38.
123. O'Connor M., Casey L., Clough B. Measuring mental health literacy—a review of scale-based measures. *J Ment Health*. 2014; 23 (4): 197-204.
124. Hooley J.M., Fox K.R., Boccagno C. Nonsuicidal Self-Injury: Diagnostic Challenges And Current Perspectives *Neuropsychiatr. Dis Treat*. 2020; 16: 101-102.

ADOLESCENT DELIBERATE SELF-HARM. PART I: HELP-SEEKING BEHAVIOR, OR «IT'S A LONG WAY TO TIPPERERI»

E.B. Lyubov, P.B. Zotov

Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research centre of psychiatry and narcology by name V.P.Serbysky, Moscow, Russia; lyubov.evgeny@mail.ru
Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; note72@yandex.ru

Abstract:

On the example of adolescents with intentional non-suicidal self-harm the literature review shows the search for help as a behavioral skill, the process of going through a series of functional and organizational filters. As a result, a smaller portion of the most severely ill patients receive some kind of professional assistance. The detailed analysis is presented of various factors that impede a teenager from getting help and are favorable for receiving timely treatment. Professional services of a new type are more attractive, as they focus on psychosocial recovery and take into account the changing clinical and social needs of a teenager and their relatives (for more details, see Part II of the Review).

Keywords: non-suicidal self-harm, adolescents, search for help

Вклад авторов:

E.B. Любов: разработка дизайна исследования, обзор публикаций, написание и редактирование текста рукописи;
П.Б. Зотов: обзор публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

E.B. Lyubov: developing the research design, reviewing of publications, article writing, article editing;
P.B. Zotov: reviewing of publications of the article's theme; article writing, article editing.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 02.02.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 11.06.2020.

Для цитирования: Любов Е.Б., Зотов П.Б. Намеренные несуицидальные самоповреждения подростков. Часть I: поиск медицинской помощи, или «Путь далёкий до Типперери». *Суицидология*. 2020; 11 (2): 15-32. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-15-32

For citation: Lyubov E.B., Zotov P.B. Adolescent Deliberate self-harm. Part I: Help-Seeking Behavior, OR «It's A long way to Tippereri». *Suicidology*. 2020; 11 (2): 15-32. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-15-32