

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Б.С. Положий, Г.С. Банников, Е.Б. Любов, П.Б. Зотов, П.К. Яхьяева

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» МЗ РФ, г. Тюмень, Россия

PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOR AMONG ADOLESCENTS

*B.S. Polozhy, G.S. Bannikov,
E.B. Lyubov, P.B. Zotov,
P.K. Yakhyaeva*

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

Информация об авторах:

Положий Борис Сергеевич – доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ (SPIN-код: 1734-3563; AuthorID: 959343; Researcher ID: X-9588-2018; ORCID iD: 0000-0001-5887-8885). Место работы и должность: руководитель отделения суицидологии Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, 119992, г. Москва, Кропоткинский пер., 23. Телефон: +7 (906) 776- 24-68; электронный адрес: pbs.moscow@gmail.com

Банников Геннадий Сергеевич – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 2063-4444; Researcher ID: I-4003-2013; ORCID iD: 0000-0003-4929-2908). Место работы: старший научный сотрудник отделения суицидологии Московского НИИ психиатрии – ф-л ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» МЗ РФ. Адрес: Россия, 107076 Москва, ул. Потешная, 3; старший научный сотрудник Центра экстренной психологической помощи ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет». Адрес: Россия, 127051, Москва, ул. Сретенка, 29. Телефон: +7 (495) 963-75-72, электронный адрес: bannikov68@mail.ru

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 суицидологии Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, 107076, г. Москва, ул. Потешная, 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; руководитель НОП «Сибирская Школа превентивной суицидологии и девиантологии». Адрес: 625027, г. Тюмень, ул. Минская, 67, к. 1, оф. 102. Телефон: +7 (3452) 270-510, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

Яхьяева Патимат Курбановна (SPIN-код: 3896-6530; AuthorID: 112909; ORCID iD: 0000-0003-1409-5808). Место работы: младший научный сотрудник отделения суицидологии Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» МЗ РФ. Адрес: Россия, 107076 Москва, ул. Потешная, 3. Телефон: +7 (495) 963-75-72, электронный адрес: patya-yahyaeva@mail.ru

Information about the authors:

Polozhy Boris Sergeevich – MD, PhD, Professor, Honored Scientist of the Russian Federation (SPIN-code: 1734-3563; AuthorID: 959343; Researcher ID: X-9588-2018; ORCID iD: 0000-0001-5887-8885). Place of work and position: Head of the Clinical and Preventive Suicidology Department of the Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of Ministry of Health of Russia FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology after V.P. Serbsky. Address: Russia, 119992, Moscow, Kropotkiyskiy per. 23. Phone: +7 (906) 776-24-68; email: pbs.moscow@gmail.com

Bannikov Gennady Sergeevich – MD (SPIN-code: 2063-4444; Researcher ID: I-4003-2013; ORCID iD: 0000-0003-4929-2908). Place of work: Older Researcher, Clinical and Preventive Suicidology Division, Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of the National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky. Address: Russia, 107076 Moscow, 3/10 Poteshnaya str.; head of laboratory, Center of Emergency Psychological Aid, Moscow State University of Psychology & Education. Address: Russia, 127051 Moscow, 29 Sretenka st. Email: bannikov68@mail.ru

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 of 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.; Head of the Siberian School of Preventive Suicidology and Deviantology. Address: Russia, 625027 Tyumen, 67 Minskaya str., bldg. 1, office 102. Phone: +7 (3452) 270-510, email (corporate): note72@yandex.ru

Yakhyaeva Patimat Kurbanovna (SPIN-code: 3896-6530; AuthorID: 112909; ORCID iD: 0000-0003-1409-5808). Place of work: Junior Researcher. Clinical and Preventive Suicidology Division, Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of the National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky. Address: Russia, 107076 Moscow, 3/10 Poteshnaya str. Phone: +7 (495) 963-75-72, email: patya-yahyaeva@mail.ru

В обзоре литературы рассмотрены профилактические стратегии суицидального поведения (СП) подростков, их особенности, содержание и структура. В рамках универсальной (первичной) профилактики показана роль школьных программ, программ обучения специалистов системы образования и первичного звена амбулаторной медицинской помощи. Рассмотрены особенности работы со СМИ. Особое место в селективной профилактике занимает скрининг риска СП несовершеннолетних с медико-психологического сопровождением. Показаны характерные симптомы и эмоциональные переживания пациентов в остром пресуицидальном периоде и научно доказательные эффективные психотерапевтические подходы. Описаны цели и этапы кризисной психологической помощи после СП в школе. Освещена организация суицидологической помощи в новой форме антикризисной службы подростков: Научно-практическом центре профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних на базе Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского.

Ключевые слова: подростки, суицидальное поведение, профилактика

Суицид – вторая по распространённости причина смерти в 15-29 лет [1], третья по частоте причина смерти в 10-19 лет во всём мире [2], и уровень самоубийств молодёжи 15-19 лет растёт быстрее, чем среди населения в целом [3]. Подростковый возраст знаменует начало и быстрое развитие многих психических расстройств (например, депрессии, тревоги), способствующих повышенному риску самоубийств [4]. На каждую смерть от самоубийств подростков приходится 50-100 попыток суицида [5]. Показатели смертности от суицида в этой возрастной группе выше у юношей. Суицидальные мысли редки у детей до 10 лет, но резко учащаются в 12-17 лет [6]. Многие взрослые суициденты думали или пытались покончить с собой подростками [7, 8], что подчеркивает важность ранней профилактики суицидального поведения (СП).

Профилактические стратегии включают [9]: универсальные (всеобщие; первичная профилактика), обращённые ко всем подросткам для информирования о риске и определении СП; селективные (избирательные, вторичная профилактика), противодействующие факторам риска в особой группе, это «люди, на текущий момент не проявляющие суицидальных наклонностей, могут быть подвержены повышенному риску в биологическом, психологическом или социально-экономическом отношении»; антикризисные [10] осуществляются в пресуицидальном и ближайшем постсуицидальном периодах и направлены на предупреждение реализации суицидальных намерений и планов, а также купирование суицидальных замыслов и намерений лиц, совершивших суицидальную попытку,

Suicide is the second most common cause of death at the age of 15-29 [1], the third most common cause of death at the age of 10-19 worldwide [2], and the suicide rate of 15–19-year-olds is growing faster than among the population in the whole [3]. Adolescence marks the onset and rapid development of many mental disorders (e.g., depression, anxiety) that contribute to an increased risk of suicide [4]. For every death from suicide of adolescents, there are 50-100 suicide attempts [5]. Death rates from suicide in this age group are higher for young males. Suicidal ideation is rare in children under 10 years of age, but sharply increase in frequency at the age of 12-17 [6]. Many adult suicide attempters have thought or tried to commit suicide during adolescence [7, 8], which emphasizes the importance of early prevention of suicidal behavior (SB).

Prevention strategies include [9]: universal (universal; primary prevention), addressed to all adolescents to inform about the risk and determine SB; selective (selective, secondary prevention), counteracting risk factors in a special group, these are “people who currently do not show suicidal tendencies may be at increased risk in biological, psychological or socio-economic terms”; anti-crisis [10] are carried out in the pre-suicidal and immediate post-suicidal periods and are aimed at preventing the implementation of suicidal intentions and plans, as well as stopping the suicidal intentions and intentions of persons who have committed suicidal attempt, indicative (indi-

индикативные (указующие; третичная профилактика – поственция) стратегии обращена к отдельным уязвимым индивидам, например, проявляющим ранние признаки суицидального потенциала или совершившим попытку самоубийства, их окружению, включает социально-психологическое сопровождение окружения близких жертвы суицида и предотвращение подражательного СП.

Универсальные стратегии (первичная профилактика) ставят целью охватить население мерами, направленными на всемерное улучшение здоровья и сведение к минимуму риска СП путём устранения препятствий к помощи, облегчения доступа к поддержке, укрепления социальной поддержки, улучшения средовых условий (ВОЗ, 2014). Объектом первичной профилактики являются люди без суицидальных мыслей и намерений; её цель – минимизация риска суицидальных намерений у психологически благополучных субъектов.

Основная цель профилактики СП подростков – уменьшение факторов риска и противодействие им. В связи с ростом СП с возрастом, подростки – главная мишень профилактики. В России подростки (несовершеннолетние) представляют возрастную группу до 18 лет под защитой государственных органов и официальных опекунов (родителей, близких, попечителей), гарантирующих заботу, защиту и охрану жизни и здоровья. Подростки как особая социально уязвимая группа подпадают под Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребёнка в Российской Федерации» от 24.07.1998 г. № 124-ФЗ. В Распоряжении Правительства РФ от 26 апреля 2021 г. N 1058-р утверждён комплекс мер до 2025 года по совершенствованию системы профилактики суицида среди несовершеннолетних, включающий и разработку методических рекомендаций по профилактике СП, выявлению ранних суицидальных признаков у несовершеннолетних; проведение обучающих семинаров, лекций для педагогов, школьных врачей и педагогов-психологов, сотрудников подразделений по делам несовершеннолетних, других специалистов, занятых работой с несовершеннолетними, с участием врачей-психиатров по вопросам организации работы по профилактике СП несовершеннолетних с разъяснением факторов риска, поведенческих проявлений, алгоритма собственных действий.

Школьные программы. Например, Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) – рандомизированное контролируемое исследование поддержки психического здоровья и здорового образа жизни,

cating; tertiary prevention – postventive) the strategy is addressed to certain vulnerable individuals, for example, those who show early signs of suicidal potential or who have attempted suicide, their environment, includes the socio-psychological support of the environment of relatives of the suicide victim and the prevention of imitative SB.

Universal strategies (primary prevention) aim to provide measures aimed at improving public health and minimizing the risk of SB by removing barriers to care, facilitating access to support, strengthening social support, and improving environmental conditions (WHO, 2014). The objects of primary prevention are people without suicidal thoughts and intentions; its goal is to minimize the risk of suicidal intentions among psychologically healthy individuals.

The main goal of prevention of SB in adolescents is to reduce risk factors and counteract them. Due to the increase in SB with age, adolescents are the main target of prevention. In Russia, adolescents (minors) represent the age group up under 18 years of age who are still under the protection of state bodies and official guardians (parents, relatives, trustees) that guarantee the care, provision and protection of life and health. Adolescents as a special socially vulnerable group fall under the Federal Law "On the Basic Guarantees of the Rights of the Child in the Russian Federation" of 07.24.1998 N 124-FZ. In the Order of the Government of the Russian Federation of April 26, 2021 N 1058-r, a set of measures until 2025 was approved to improve the system for the prevention of suicide among minors, including the development of methodological recommendations for the prevention of joint ventures, identification of early suicidal signs in minors; conducting training seminars, lectures for teachers, school doctors and educational psychologists, employees of minors' affairs departments, other specialists working with minors, with the participation of psychiatrists on the organization of work on the prevention of juvenile joint ventures with an explanation of risk factors, behavioral manifestations, the algorithm of their own actions.

School programs. For example, Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) is a randomized controlled trial of mental health and healthy lifestyle support, psychopathology and SB prevention

профилактики психопатологии и СП подростков. Профилактические вмешательства, обращенные к учителям и школьному персоналу, профессионалам и ученикам позволили на 50% сократить суицидальные попытки и частоту выраженных суицидальных мыслей и планов, на 30% – случаи клинической депрессии [11].

Если факторы риска универсальны, можно выявить школьников группы риска СП. Школьные профилактические мероприятия снижают частоту СП подростков в развитых странах [12].

Руководители школ и родители / опекуны не склонны обсуждать проблемы психического здоровья, эмоциональные переживания и СП с подростками. Тесное сотрудничество с образовательным сектором означает обучение эмоциональным и социальным навыкам с учетом риска СП, начиная с младшей возрастной группы; улучшение осведомленности (выявление предупреждающих признаков СП) учителей как «привратников», родителей / опекунов, подключение самих подростков к разработке и оценке профилактических программ [13].

Важным этапом первичной профилактики служит обучение специалистов образовательных организаций основам возрастной кризисной психологии, суицидологии. Специалисты отмечают появление новых требований к компетенциям школьного психолога в связи с проблемами кризисного вмешательства [14], особой ролью психолога в реализации программ профилактики СП подростков [15], и, в целом, расширением перечня ситуаций, требующих внимания психолога. С учётом важности образовательной среды в укреплении психического здоровья подростков и их психологической поддержкой [16], эффективности школьных программ профилактики СП [17], роли школьного психолога в выявлении и поддержке обучающихся группы риска СП [18], актуально совершенствование компетенций психологов образовательных организаций России.

Программы обучения и их доступность не отвечают эластичным потребностям школьных психологов [19, 20], важно применение стандартизированных методик поственции [21].

В России, как и в других странах, превенция СП обучающихся является командной работой специалистов образовательной организации – представителей администрации, социально-психологической службы, заместителей директора по воспитательной работе, по безопасности. Однако традиционно основная доля ответственности за организацию такой работы и за её

in adolescents. Preventive interventions addressed to teachers and school staff, professionals and students allowed to reduce suicidal attempts and the frequency of pronounced suicidal thoughts and plans by 50%, and cases of clinical depression by 30% [11].

If the risk factors are universal, it is possible to identify schoolchildren at risk of SB. School preventive measures reduce the incidence of SB in adolescents in developed countries [12].

School leaders and parents/guardians are reluctant to discuss mental health issues, emotional experiences, and SB with adolescents. Working closely with the education sector means teaching emotional and social skills in a risk-sensitive manner, starting with the younger age group; improving awareness (identifying warning signs of SB) among teachers as "gatekeepers", parents / guardians, connecting adolescents themselves to the development and evaluation of prevention programs [13].

An important stage in primary prevention is the training of specialists from educational organizations in the basics of age-related crisis psychology and suicidology. Experts note the emergence of new requirements for the competence of a school psychologist in connection with the problems of crisis intervention [14], the special role of the psychologist in the implementation of programs for the prevention of SB for adolescents [15], and, in general, the expansion of the list of situations requiring the attention of the psychologist. Taking into account the importance of the educational environment in strengthening the mental health of adolescents and their psychological support [16], the effectiveness of school programs for the prevention of SB [17], the role of the school psychologist in identifying and supporting students at risk of SB [18], it is important to improve the competencies of psychologists educational organizations of Russia.

Training programs and their accessibility do not meet the flexible needs of school psychologists [19, 20]; it is important to use standardized postventive methods [21].

In Russia, as in other countries, the prevention of SB of students is a team work of specialists of an educational organization – representatives of the administration, social and psychological service, deputy directors for educational work, for safety. However, traditionally, the main share of respon-

результаты ложится на школьную психологическую службу или педагога-психолога. Педагог-психолог образовательной организации информирует и обучает учителей и родителей учащихся, проводит групповые занятия с обучающимися, направляет по необходимости после тестирования обучающихся и их родителей в профильные медико-психологические организации [22]. Однако педагоги-психологи испытывают затруднения в понимании механизмов формирования СП и его профилактики. При проведении практических упражнений программы дополнительного профессионального образования для отработки практических навыков общения с подростком в кризисном состоянии, у слушателей низок уровень готовности к работе в условиях, приближённых к реальным [23].

Работа со СМИ. Рекомендовано активно контролировать сообщения СМИ, чтобы оперативно противодействовать «сенсационным» статьям; проводить тренинги и информационные сессии для работников СМИ; побуждать СМИ к освещению историй успеха или стрессоустойчивости в антистигматизационных и просветительных кампаниях. Все более доказательств того, что СМИ оказывают как положительное, так и отрицательное воздействие на СП [24, 25, 26, 27, 28]. Ведущая роль в антисуицидальной превенции миллениалов закономерно отведена Сети («эффект Папагено» против мифологизированного «синдрома Вертера») как антисуицидальные сайты и гаджеты, позволяющие онлайн консультирование и самооценку.

Эффективность программ первичной профилактики. Мета-анализ [29] оценил ряд типовых суицидологических вмешательств. Значим эффект ограничения доступа к средствам суицида (медикаменты, ограждения на мостах). Школьные просветительские программы снижали количество попыток суицида и частоту суицидальных мыслей. Недостаточна доказательность эффекта скрининга и руководств для СМИ, обучения «привратников», врачей, поддержки через интернет и «горячей линии». Комбинации научно-обоснованных стратегий на индивидуальном и популяционном уровнях следует оценивать с помощью надёжных исследовательских проектов.

Для поддержки и охраны психического здоровья подростков предлагается множество концепций, подходов и вмешательств. Их эффективность проанализирована мета-анализом более 300 научных статей по заказу ВОЗ [30]. Международные данные доказывают, что направленные на родителей вмешательства, включающие развитие социальных и эмоциональных навыков, ведут к значимым положительным результатам

sibility for organizing such work and for its results lies with the school psychological service or the educational psychologist. A teacher-psychologist of an educational organization informs and trains teachers and parents of students, conducts group sessions with students, and directs, if necessary, after testing students and their parents to specialized medical and psychological organizations [22]. However, educational psychologists are experiencing difficulties in understanding the mechanisms of SB formation and its prevention. When conducting practical exercises of the program of additional vocational education to develop practical skills in communicating with a teenager in a crisis state, the students have a low level of readiness to work in conditions close to real [23].

Working with the Media. It was recommended to actively monitor media reports in order to promptly counteract "sensational" articles; conduct trainings and information sessions for media workers; encourage the media to highlight stories of success or resilience in anti-stigma and education campaigns. There is growing evidence that the media have both positive and negative effects on SB [24, 25, 26, 27, 28]. The Leading role in the anti-suicidal prevention of millennials is legitimately assigned to the Web (the "Papageno effect" versus the mythologized "Werther syndrome") as anti-suicidal sites and gadgets that allow online counseling and self-assessment.

Effectiveness of primary prevention programs. A meta-analysis [29] assessed a range of typical suicidological interventions. The effect of limiting access to means of suicide (medicines, fences on bridges) is significant. School education programs reduced the number of suicidal attempts and the frequency of suicidal thoughts. There is a lack of evidence for the effect of screening and media guidelines, training for gatekeepers, doctors, and online and hotline support. Combinations of evidence-based strategies at the individual and population levels should be evaluated through robust research projects.

Many concepts, approaches and interventions are proposed to support and protect adolescent mental health. Their effectiveness has been analyzed by a meta-analysis of more than 300 scientific articles commissioned by WHO [30]. International evidence suggests that parental interventions that

для детей и их родителей, причём максимальный эффект в группах наибольшего риска СП. Надёжны доказательства долгосрочного влияния высококачественных дошкольных программ на эмоциональное и социальное благополучие, когнитивные навыки, готовность к школе и успеваемость наиболее уязвимых детей. Обучение социальным и эмоциональным навыкам в школе оказывает воздействие на отношение учеников к самим себе, другим людям и школе, любовь к школе детей с разным жизненным опытом и школьную успеваемость. Общешкольный подход способен снизить риск издевательств, проблемного поведения и злоупотребления психоактивными веществами, а целенаправленные вмешательства со стороны школы могут уменьшить риск депрессии, тревожности и СП. Растёт доказательств эффективности внешкольных и программ, в особенности нацеленных на подростков в неблагополучных районах и относящуюся к группам риска. Использование цифровых инструментов для профилактики тревожности и депрессии даёт обнадеживающие результаты.

Селективные (избирательные или вторичная профилактика) стратегии. Раннее выявление лиц с биологическими, личностно-психологическими и клиническими (психическими расстройствами) детерминантами СП. Первичная диагностика суицидоопасных состояний в общей медицинской сети. Обеспечение лиц группы риска СП адекватной медико-психологической и медико-социальной помощью [31].

Врачи первичной амбулаторной сети служат ключевыми фигурами, выявляющими факторы риска СП «специализированных, но не сенситивных» к психосоциальным трудностям пациентов [32]. Большинство (77%) врачей сообщили, что нерегулярно проводят оценку подросткового СП и других факторов риска самоубийств при высоких (47%) частоту наблюдений подростковых суицидальных попыток [33].

Выявление неспецифических факторов риска СП и самоповреждающего поведения в общей популяции при помощи скрининговых процедур является одним из базовых форматов первичной профилактики суицидального риска [34, 35]. В зарубежных программах чаще проводят диагностику следующих факторов риска СП: депрессии, злоупотребления ПАВ, эпизодов суицидальных попыток и несуйцидальных самоповреждений. Масштабные скрининговые проекты как Teen Screen, National Survey on Drug Use and Health, WHO European Network on Suicide Prevention ориентированы на оценку риска СП в субпопуляции подросткового возраста. Сотрудниками Москов-

include developing social and emotional skills lead to significant positive outcomes for children and their parents, with the greatest effect in populations at greatest risk of SB. There is strong evidence for the long-term impact of high-quality preschool programs on emotional and social well-being, cognitive skills, school readiness and the performance of the most vulnerable children. Teaching social and emotional skills in school influences students' attitudes towards themselves, others and school, the love of school for children from different backgrounds, and school performance. A whole-school approach can reduce the risk of bullying, problem behavior and substance abuse, and targeted school interventions can reduce the risk of depression, anxiety, and SB. There is growing evidence of the effectiveness of out-of-school and programs, especially for adolescents in disadvantaged areas and those at risk. The use of digital tools to prevent anxiety and depression is showing promising results.

Selective (selective or secondary prevention) strategies. Early identification of persons with biological, personality-psychological and clinical (mental disorders) determinants of SB. Primary diagnosis of suicidal conditions in the general medical network. Provision of persons at risk of SB with adequate medical-psychological and medical-social assistance [31].

Doctors of the primary outpatient network serve as key figures in identifying risk factors for SB that are “specialized but not sensitive” to the psychosocial difficulties of patients [32]. The majority (77%) of doctors reported that they do not regularly assess adolescent SB and other risk factors for suicide at a high (47%) frequency of observations of adolescent suicidal attempts [33].

The identification of nonspecific risk factors for SB and self-harming behavior in the general population using screening procedures is one of the basic formats for primary prevention of suicidal risk [34, 35]. Foreign programs often diagnose the following risk factors for SB: depression, substance abuse, episodes of suicidal attempts and non-suicidal self-harm. Large-scale screening projects such as Teen Screen, National Survey on Drug Use and Health, WHO European Network on Suicide Prevention are focused on assessing the risk of SB in adolescent subpopulations. Employees of the Moscow State Psychological and

ского государственного психолого-педагогического университета (МГППУ) при поддержке НМИЦ ПН им. В.П. Сербского проведён скрининг ($n > 6000$) потенциальных и актуальных факторов риска СП несовершеннолетних [36, 37]. Из обследованных к условной норме отнесены 3810 (63,5%) обучающихся; к предположительной группе риска по актуальным и потенциальным факторам – 2190 (36,5%) опрошенных. Из группы риска ($n=2190$) по результатам скрининга 339 (15,5%) опрошенных показали умеренную – тяжёлую степень переживания безнадежности. По ключевым вопросам методики А. Бека («безнадежность») группа риска составила 123 (5,6%). У 523 (23,9%) респондентов выявлена высокая выраженность переживания одиночества (≥ 34 баллов). По ключевым вопросам опросника одиночества Расселла группа риска уменьшилась до 208 (9,5%). По формальным критериям опросника «Индекс хорошего самочувствия» проявления депрессии у 908 (41,5%) опрошенных. Такая большая доля объяснена частыми жалобами на недосыпание, тревожность. Группа риска с жалобами на ангедонию и устойчивое снижение настроения составила 256 (11,7%). Склонность к физической агрессии у 830 (37,9%), гневу – 854 (39%), враждебности – 918 (41,9%) респондентов. «Нормы» по методике разработаны только для взрослых и возможно, что у несовершеннолетних выше показатели опросника Басса-Перри в силу низкого уровня дифференциации эмоций и стратегий совладания. Разработан алгоритм стратегии сопровождения обучающегося в зависимости от выраженности психического неблагополучия: 1) консультативное (психологическое) сопровождение на базе образовательной организации; 2) амбулаторное (медико-психологическое) сопровождение без отрыва от обучения; 3) стационарное (медико-психологическое) сопровождение в условиях медицинских учреждений.

Антикризисные стратегии в пресуицидальном и ближайшем постсуицидальном периодах направлены на предупреждение реализации суицидальных намерений и планов, купирование СП, совершивших суицидальную попытку. Жизненно важно действовать быстро, мощно, творчески и комплексно, чтобы уменьшить трагические переживания травмы и потери вследствие суицидов и самоповреждений [38, 39].

Признаки кризисного суицидального состояния. Переживания, на которые необходимо обратить внимание [40]: переживание социального поражения или личного унижения, чаще возникающее у подростков при невозможности оправдать ожидания родителей

Pedagogical University (MSPPU) with the support of State Scientific Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky performed screening ($n > 6000$) of potential and actual risk factors for SB in minors [36, 37]. Of the surveyed, 3810 (63.5%) students were classified as conditional; 2,190 (36.5%) of the respondents to the presumptive risk group for actual and potential factors. From the risk group ($n = 2190$), according to the results of screening, 339 (15.5%) respondents showed a moderate to severe degree of feeling of hopelessness. On the key questions of A. Beck's methodology ("hopelessness"), the risk group was 123 (5.6%). 523 (23.9%) respondents showed a high severity of feeling of loneliness (≥ 34 points). On the key questions of the Russell loneliness questionnaire, the risk group decreased to 208 (9.5%). According to the formal criteria of the "Index of well-being" questionnaire, manifestations of depression in 908 (41.5%) respondents. Such a large share is explained by frequent complaints of lack of sleep, anxiety. The risk group with complaints of anhedonia and sustained decrease in mood was 256 (11.7%). Tendency to physical aggression was reported by 830 (37.9%), anger was reported by 854 (39%), hostility was reported by 918 (41.9%) respondents. According to the methodology, the "norms" have been developed only for adults and it is possible that minors have higher scores on the Bass-Perry questionnaire due to the low level of differentiation of emotions and coping strategies. An algorithm has been developed for the strategy of student support, depending on the severity of mental distress: 1) consultative (psychological) support on the basis of an educational organization; 2) outpatient (medical and psychological) support without interruption from training; 3) stationary (medical and psychological) support in medical institutions.

Anti-crisis strategies [38] in the pre-suicidal and immediate post-suicidal periods are aimed at preventing the implementation of suicidal intentions and plans, stopping SB of those who committed a suicide attempt. It is vital to act quickly, powerfully, creatively and holistically to reduce the tragic experiences of trauma and loss due to suicide and self-harm [39].

Signs of a suicidal crisis. Experiences to pay attention to [40]: the experience of social defeat or personal humiliation, which

или развивающееся при травле; переживание себя как бремени для других, в первую очередь для родителей. Наиболее часто встречающееся и мучительное переживание. Является независимым предиктором суицидальных мыслей в различных выборках, вне зависимости есть ли заболевание или нет; переживание безысходности, подростки говорят, что чувствуют «себя в ловушке своих несчастий», «с закрытой дверью», «страдание без возможности побега», создающее мучительное переживание, вызывающее самоубийство.

«Невыносимость страдания» приводит к синдрому суицидального кризиса [41] в эмоциональной сфере: эмоциональное страдание, «душевная боль», тотальная безрадостность (острая ангедония), интенсивный беспричинный страх; в когнитивной сфере: фиксация на переживаниях, событиях, приведших к кризисному состоянию, невозможность переключиться на позитивные события; в поведении: значительное снижение социальной активности, избегание связей с близкими; в соматической сфере: хронические болезненные ощущения в теле, нарушения всех фаз сна; психосенсорные расстройства: ощущение изменения себя и окружающего мира (деперсонализация – дереализация), болезненное психическое бесчувствие, выражающееся в словах «я не живу, я существую», «я стал как робот».

Медикаментозная терапия и суицидальное поведение. Фармакотерапия несовершеннолетних, совершивших суицидальную попытку и/или имеющих суицидальные намерения, продолжает оставаться мало исследованной областью. Зарубежные авторы отмечают, что по данному вопросу в настоящее время встречаются лишь единичные работы, в которых представлены отдельные эмпирические данные по этой проблематике [42, 43].

Нормотимики. Убедительны данные [44] о том, что терапия препаратами лития позволяет существенно снизить риск суицида при расстройствах настроения, включая некоторые формы шизоаффективного расстройства. Авторы объясняют антисуицидальный эффект лития его положительным влиянием на основное заболевание (стабилизация эмоционального фона, снижение частоты рецидивов расстройств настроения). Снижение интенсивности агрессивного и импульсивного реагирования можно рассматривать в качестве механизма, опосредующего антисуицидальный эффект лития.

Антидепрессанты. Некоторые авторы отмечают, что трициклические антидепрессанты и ингибиторы

often occurs in adolescents when it is impossible to meet the expectations of parents or develops during bullying; experiencing oneself as a burden for others, primarily for parents. The most common and painful experience is an independent predictor of suicidal thoughts in various samples, regardless of whether there is a disease or not; the experience of hopelessness, adolescents say they feel “trapped in their misfortunes,” “with the door closed,” “suffering without escape,” creating a painful experience that causes suicide.

"Unbearable suffering" leads to the syndrome of a suicidal crisis [41] in the emotional sphere: emotional suffering, "mental pain", total joylessness (acute anhedonia), intense causeless fear; in the cognitive sphere: fixation on experiences, events that led to a crisis state, inability to switch to positive events; in behavior: a significant decrease in social activity, avoidance of connections with neighbors; in the somatic sphere: chronic painful sensations in the body, disturbances in all phases of sleep; psychosensory disorders: a feeling of change in oneself and the world around us (depersonalization - derealization), painful mental insensibility, expressed in the words “I do not live, I exist”, “I have become like a robot”.

Drug therapy and suicidal behavior. Pharmacotherapy of minors who have attempted a suicidal attempt and / or have suicidal intentions continues to be a poorly researched area. Foreign authors note that at present there are only a few works on this issue, in which separate empirical data on this issue are presented [42, 43].

Normotimics. There is convincing data [44] that therapy with lithium preparations can significantly reduce the risk of suicide in mood disorders, including some forms of schizoaffective disorder. The authors explain the antisuicidal effect of lithium by its positive effect on the main disease (stabilization of the emotional background, reduction in the frequency of relapses of mood disorders). A decrease in the intensity of aggressive and impulsive responses can be considered as a mechanism mediating the antisuicidal effect of lithium.

Antidepressants. Some authors note that tricyclic antidepressants and monoamine oxidase (MAO) inhibitors can be lethal when taken in high doses; therefore, they should be avoided in depressed patients with suicidal thoughts [45]. On the contra-

моноаминоксидазы (МАО) могут быть летальными при приёме в высоких дозах, поэтому следует избегать их назначения депрессивным пациентам с суицидальными мыслями [45]. Напротив, ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) представляются менее опасными при возможной передозировке, поэтому их назначение при суицидальном риске более предпочтительно [46]. При этом убедительных данных о большей эффективности препаратов СИОЗС в лечении суицидальных пациентов, по сравнению с антидепрессантами других групп, до сих пор не получено.

В 2004 году Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) предупредило о возможном повышенном риске самоубийства детей и подростков, принимающих антидепрессанты по сравнению с плацебо. У подростков, получающих антидепрессанты, в два раза больше риск развития суицидальных мыслей или аутоагрессивного поведения по сравнению с теми, кто принимает плацебо – 4 против 2% [47]. В 2007 году, после обзора исследований взаимосвязи антидепрессантов и суицидального поведения взрослых [48], FDA расширило своё предупреждение, включив в него молодых людей в возрасте 18–24 лет.

Мета-анализы применения антидепрессантов с суицидальным поведением у взрослых показали их эффективность в редукции суицидальных мыслей [49, 50], однако результаты исследований применения антидепрессантов лицам моложе 25 лет остаются не такими однозначными [51, 52]. Применение антидепрессантов не увеличивает суицидальный риск и «можно предположить, что увеличение проявлений суицидального поведения в связи с лечением не является столь значительным риском, как указано» FDA [53]. В настоящее время всё большее количество исследований ставят под сомнение методологическую строгость анализа FDA [54], ставя вопрос о целесообразности опоры на влиятельное, но спорное «предупреждение о чёрном ящике», выпущенное FDA и Европейским медицинским агентством, о том, что антидепрессанты могут повышать риск суицидального поведения [55].

Применение пароксетина у детей со смешанным состоянием в рамках аффективных расстройств, повышали суицидальный риск, в отличие от применения сертралина при смешанных, особо – тревожных состояниях [56]. Таким образом, применения СИОЗС в лечении депрессивных пациентов с выраженными суицидальными тенденциями следует рассматривать в качестве потенциально полезной практики, но её реальные преимущества требуют дальнейшей верифика-

ry, serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) seem to be less dangerous in case of possible overdose, therefore their prescription for suicidal risk is more preferable [46]. At the same time, convincing data on the greater efficacy of SSRI drugs in the treatment of suicidal patients, compared with antidepressants of other groups, have not yet been obtained.

In 2004, the US Food and Drug Administration (FDA) warned of a possible increased risk of suicide in children and adolescents taking antidepressants compared to placebo. Adolescents receiving antidepressants are twice as likely to develop suicidal ideation or auto-aggressive behavior as those taking placebo — 4% versus 2% [47]. In 2007, following a review of studies on the relationship between antidepressants and adult suicidal behavior [48], the FDA expanded its warning to include young people aged 18–24 years.

Meta-analyses of the use of antidepressants with suicidal behavior in adults have shown their effectiveness in reducing suicidal thoughts [49, 50], however, the results of studies on the use of antidepressants in persons under 25 years of age are not so unambiguous [51, 52]. The use of antidepressants does not increase the suicidal risk and "it can be assumed that the increase in the manifestations of suicidal behavior in connection with treatment is not as significant a risk as indicated" by the FDA [53]. A growing body of research is now questioning the methodological rigor of the FDA's analysis [54], questioning whether it is advisable to rely on the influential but controversial black box warning issued by the FDA and the European Medical Agency that antidepressants may increase the risk of suicidal behavior [55].

The use of paroxetine in children with a mixed state in the framework of affective disorders increased the suicidal risk, in contrast to the use of sertraline in mixed, especially anxiety states [56]. Thus, the use of SSRIs in the treatment of depressed patients with severe suicidal tendencies should be considered as a potentially useful practice, but its real benefits require further verification.

The physician, carrying out clinical observation of the mental state of a teenager taking antidepressants should:

1. If agitation, anxiety, internal tension, insomnia, irritability occurs, reduce the dose

ции.

Врач, осуществляя клиническое наблюдение за психическим состоянием подростка, принимающего антидепрессанты должен:

1. Если возникает возбуждение, беспокойство, внутреннее напряжение, бессонница, раздражительность уменьшить дозу или приостановить терапию антидепрессантами.

2. Назначить атипичный антипсихотик, противосудорожное или седативное средство и рассмотреть вопрос о приёме лития особенно при неадекватной реакции на антидепрессанты, сопровождающейся активными суицидальными интенциями.

3. Обеспечение доступности врача для дополнительных посещений или контактов, особенно в экстренных случаях.

4. Заручиться помощью членов семьи, для оценки состояния подростка и обеспечения регулярного, контролируемого лечения.

Нейролептики. Хотя несколько исследований продемонстрировали эффективность атипичных нейролептиков в педиатрической практике для лечения агрессии (рисперидон) [57, 58], мании при биполярных расстройствах (кветиапин и ziprasidon) [59, 60], исследований эффективности конкретно в отношении суицидального поведения не проводилось. В ряде исследований рассматривается возможность применения антипсихотического препарата клозапин в терапии суицидального поведения пациентов с шизофренией, шизоаффективным расстройством и тяжёлыми формами биполярного расстройства [61, 62, 63]. Лечение нейролептиками может привести к акатизии, экстрапирамидным симптомам, которые, в свою очередь, традиционно ассоциировались с депрессией и суицидальностью [64] и в дальнейшем приводили к дисфории [65]. Таким образом механизмы, участвующие в усилении суицидальных мыслей и поведения во время лечения, требуют дальнейшего уточнения.

Индивидуальная психотерапия. Мета-анализ эффективности медикаментозных + социальных или психотерапевтических вмешательств в снижении риска суицидального и несуйцидного самоповреждающего поведения подростков показал: эффективность терапевтических вмешательств в наибольшей степени были связаны с проведением диалектической поведенческой терапией (DBT), когнитивно-поведенческой терапией (CBT) и терапией, основанной на ментализации (MBT). Не выявлено значимой разницы в эффективности и безопасности психологических и медикаментозных вмешательств для подростков с суи-

or suspend antidepressant therapy.

2. Prescribe an atypical antipsychotic, anticonvulsant, or sedative and consider taking lithium, especially if there is an inadequate response to antidepressants, accompanied by active suicidal intentions.

3. Ensuring the availability of the doctor for additional visits or contacts, especially in case of emergency.

4. Seek help from family members to assess the adolescent's condition and provide regular, supervised treatment.

Antipsychotics. Although several studies have demonstrated the efficacy of atypical antipsychotics in pediatric practice for the treatment of aggression (risperidone) [57, 58], mania in bipolar disorders (quetiapine and ziprasidon) [59, 60], studies of efficacy specifically in relation to suicidal behavior was not carried out. A number of studies are considering the possibility of using the antipsychotic drug clozapine in the treatment of suicidal behavior in patients with schizophrenia, schizoaffective disorder, and severe forms of bipolar disorder [61, 62, 63]. Treatment with antipsychotics can lead to akathisia, extrapyramidal symptoms, which, in turn, have traditionally been associated with depression and suicidality [64] and subsequently led to dysphoria [65]. Thus, the mechanisms involved in the intensification of suicidal thoughts and behavior during treatment require further clarification.

Individual psychotherapy. A meta-analysis of the effectiveness of medication + social or psychotherapeutic interventions in reducing the risk of suicidal and non-suicidal self-injurious behavior in adolescents showed that the effectiveness of therapeutic interventions was most associated with the conduct of dialectical behavioral therapy (DBT), cognitive behavioral therapy (CBT) and mentalization-based therapy (MBT). There was no significant difference in the efficacy and safety of psychological and drug interventions for adolescents with suicidal attempts and non-suicidal self-harm. The authors emphasize the need for further implementation of psychological interventions in the work with adolescents with suicidal behavior, primarily dialectical behavioral therapy (DBT), cognitive behavioral therapy (CBT) and mentalization-based therapy (MBT) [66]. The potential of short-term cognitive-behavioral or problematic approaches to learning or strengthening adaptive coping skills, combating

цидальными попытками и несуйцидальным самоповреждением. Авторами подчёркивается необходимость дальнейшего внедрения психологических вмешательств в работу с подростками с суйцидальным поведением, в первую очередь диалектическую поведенческую терапию (ДВТ), когнитивно - поведенческую терапию (СВТ) и терапию основанную на ментализации (МВТ) [66]. Потенциал краткосрочных когнитивно-поведенческих или проблемных подходов обучения или укрепления адаптивных навыков совладания, борьбы с негативным мышлением (как при депрессии), сопоставим по долгосрочной эффективности с фармакотерапией в снижении частоты СП [67].

ДВТ-А и ИРТ-А-ИН превосходят активный контроль в снижении тяжести суйцидальных мыслей несовершеннолетних в течение курса лечения. Долгосрочные эффекты лечения избирательнее, так как показано, что ДВТ-А снижает риск суйцидальных и несуйцидальных самоповреждений, но не суйцидальные мысли [68] при годовичном наблюдении, а изучение ИРТ-А-ИН не сообщает долгосрочные данные. Необходимы дополнительные исследования для оценки долгосрочных последствий этих вмешательств и эффекта ДВТ-А для уменьшения риска суйцидальных и несуйцидальных самоповреждений.

Главная задача МВТ – стабилизация эмоций, так как неконтролируемый аффект приводит к импульсивному поведению. Показатели пациентов с суйцидальными попытками, проходивших МВТ, лучше, чем получавших обычное лечение [69].

Психотерапия [70] сосредоточена на выявлении триггеров СП для планирования эффективного совладания с такими ситуациями в будущем. Обучение навыкам решения проблем способствует выявлению ситуаций с высоким суйцидальным риском и поиском поведенческих альтернатив СП, когда подросток сталкивается с неразрешимыми для него ситуациями. Самоконтроль является главной целью профилактики рецидивов. Будущие исследования должны касаться путей установления или укрепления чувства контроля и принятия решений подростком. Учитывая роль сверстников как поддержки или фактора риска СП, групповая терапия обращена к решению конфликтов с ними [71]. Конкретные средства или методы преодоления стрессогенных ситуаций становятся понятными подросткам с СП, нарабатывающими новые копинг-стратегии или – мысли [72]. Стратегии психотерапевтических вмешательств зависят и от особенностей личности подростка [73]. Общая стратегия психотерапевта в работе с подростком с сенситивно-шизоидны-

negative thinking (as in depression), is comparable in long-term effectiveness with pharmacotherapy in reducing the frequency of SP [67].

DBT-A and IPT-A-IN are superior to active control in reducing the severity of juvenile suicidal ideation over the course of treatment. Long-term treatment effects are more selective, as DBT-A has been shown to reduce the risk of suicidal and non-suicidal self-harm, but not suicidal ideation [68] with a one-year follow-up, and the IPT-A-IN study does not report long-term data. More research is needed to assess the long-term effects of these interventions and the effect of DBT-A in reducing the risk of suicidal and non-suicidal self-harm.

The main task of MBT is to stabilize emotions, since uncontrolled affect leads to impulsive behavior. Patients with suicide attempts who underwent MBT performed better than those who received conventional treatment [69].

Psychotherapy [70] focuses on identifying SB triggers for planning effective coping with such situations in the future. Problem solving skills training contributes to identifying situations with high suicidal risk and the search for behavioral alternatives to SB, when a teenager faces situations that they believe that cannot solve. Self-control is the main goal of relapse prevention. Future research should look at ways to establish or reinforce a sense of control and decision-making in the adolescent. Given the role of peers as a support or risk factor for SB, group therapy is focused on resolving conflicts with them [71]. Specific means or methods of overcoming stressful situations become understandable to adolescents with SB, developing new coping strategies or thoughts [72]. The strategies of psychotherapeutic interventions also depend on the personality traits of the adolescent [73]. The general strategy of the psychotherapist in working with an adolescent with sensitive-schizoid, narcissistic traits is to turn the aggression towards the therapist (into the therapeutic space) with the formation of repentance and hope. Individual work develops new ways of cognitive processing of emotionally significant events. The psychotherapist's strategy in working with adolescents with emotionally unstable (borderline), impulsive traits is to join, create an atmosphere of acceptance through an open expression of emotional support, sympathy, relieve

ми, нарциссическими чертами заключается в развороте агрессии на терапевта (в терапевтическое пространство) с формированием раскаяния и надежды. Индивидуальная работа вырабатывает новые способы когнитивной переработки эмоционально значимых событий. Стратегия психотерапевта в работе с подростками с эмоционально-неустойчивыми (пограничными), импульсивными чертами – в присоединении, создании атмосферы принятия через открытое выражение эмоциональной поддержки, симпатии, снятии эмоционального напряжения через «гипнотическую песню» с директивными установками на действия; усилении антисуицидальных тенденций, характерных для характерологического типа: наличие в жизни безусловного авторитета, страх перед болью, физическими страданиями, неизвестностью, стремление учесть общественное мнение и избежать осуждения окружающих. Подход создает отношения «взаимной моральной ответственности», в отличие от «суицидального шантажа». Целью кризисного вмешательства для подростков с депрессивными, тревожно-мнительными чертами являлось переосмысление событий, восстановление смысловой перспективы через эмоциональную поддержку, помощь в осознании своих переживаний, эмпатическое выслушивание, настойчивое убеждение / переубеждение, обращение к высшим ценностям.

В работе с подростками с СП использованы «практики осознанности» [74]: когнитивная терапия, основанная на осознанности [75], DBT [76], терапия принятия и ответственности [77]. Основной мишенью служат суицидальные интенции, а задачами – повышение уровня их контроля [78]. Подходы включают развитие навыков осознанности или использование подходов к пониманию и видению своего опыта и жизни через призму этих практик.

Эффект снижения риска СП подростков в нормализации поведения, улучшении и укреплении межличностных связей. Психотерапевтические методы, нацеленные на психические расстройства несовершеннолетних, как депрессию [79], могут уменьшить выраженность СП. В рамках превентивных действий важна работа с дезадаптивными формами копинга и развитие позитивных форм совладающего поведения [80, 81]. Индивидуальное обучение DBT, направленное на укрепление навыков межличностной эффективности, внимательности, стрессоустойчивости и регуляции эмоций, адаптировано для подростков (DBT-A) [82].

Семья как звено первичной профилактики СП.

emotional stress through a "hypnotic song" with directive attitudes to action; strengthening of anti-suicidal tendencies characteristic of the characterological type: the presence of unconditional authority in life, fear of pain, physical suffering, uncertainty, the desire to take into account public opinion and avoid condemnation of others. The approach creates a relationship of "mutual moral responsibility" as opposed to "suicidal blackmail". The goal of crisis intervention for adolescents with depressive, anxious and suspicious traits was to rethink events, restore a semantic perspective through emotional support, help in understanding their experiences, empathic listening, persistent persuasion / persuasion, appeal to higher values.

Mindfulness practices [74] were used in the work with adolescents with SB: mindfulness-based cognitive therapy [75], DBT [76], acceptance and responsibility therapy [77]. The main target is suicidal intentions, and the tasks are to increase the level of their control [78]. Approaches include developing mindfulness skills or using approaches to understanding and seeing your experiences and life through the lens of these practices.

The effect of reducing the risk of SB in adolescents in normalizing behavior, improving and strengthening interpersonal relationships. Psychotherapeutic methods aimed at mental disorders of minors, such as depression [79], can reduce the severity of SB. As part of preventive actions, it is important to work with maladaptive forms of coping and the development of positive forms of coping behavior [80, 81]. Individualized DBT training, aimed at strengthening the skills of interpersonal efficiency, mindfulness, stress resistance and emotion regulation, is adapted for adolescents (DBT-A) [82].

Family as a key in primary prevention of SB. The effectiveness of psychotherapy of family conflict, stressful events (for example, parental divorce) in order to prevent SB has been confirmed [83]. Psychotherapeutic work with the family is aimed at improving awareness of each other's emotional reactions and expanding verbal opportunities for expressing experiences; developing the ability of elders to recognize the changes of the younger and correct behavior; regulation of the parental subsystem, harmonization of relations in the marital subsystem.

A combination of individual and family therapy is effective for juvenile suicides.

Эффективность психотерапии семейного конфликта, стрессовых событий (например, развод родителей) с целью предотвращения СП подтверждена [83]. Психотерапевтическая работа с семьёй направлена на улучшение осведомлённости об эмоциональных реакциях друг друга и расширение вербальных возможностей в выражении переживаний; развитие способности старших признавать изменения младших и корректировать поведение; регуляцию родительской подсистемы, гармонизацию отношений в супружеской подсистеме.

Сочетание индивидуальной и семейной терапии эффективно для несовершеннолетних суицидентов. Интегративная когнитивно-поведенческая терапия (I-CBT) сочетает индивидуальную и семейную КБТ, как и компонент обучения близких [84]. Семейная терапия на основе привязанности (ABFT) направлена на повышение качества связей через межличностный подход к индивидуальной и семейной терапии, обучение навыкам родителей [85]. Семейная терапия фокусируется на ряде областей трудностей и контекстах, в которых возникают поведенческие и эмоциональные проблемы, приводящие к СП [86].

Таким образом, основными мишенями профилактики в работе с подростками с СП являются следующие:

1. Обучение навыкам совладания со стрессом и расширение репертуара паттернов поведения в стрессовой ситуации.
2. Выявление и профилактика депрессивных состояний, маскированных самоповреждающим поведением.
3. Обучение навыкам эмоциональной регуляции и дифференциации эмоционального состояния.
4. Устранение дисгармоничности в семейных отношениях.

Антикризисный уровень профилактики СП пересекается с индикативными стратегиями профилактики лиц в постсуицидальный период.

Индикативные стратегии (указующие; третичная профилактика-поственция). Цели и этапы кризисной психологической помощи после СП в школе: облегчение острых стрессовых реакций пострадавших (учащиеся и их родители, педагоги, администрация образовательного учреждения), оптимизация их актуального психического состояния; профилактика негативных эмоциональных реакций и повторных эпизодов СП. Семейная терапия при горевании показала снижение совокупной оценки суицидальных мыслей и СП подростков 10-15 лет после вмешательства [87]. Потеря близкого вследствие суицида – комбинация

Integrative Cognitive Behavioral Therapy (I-CBT) combines individual and family CBT, as well as a loved one learning component [84]. Attachment-Based Family Therapy (ABFT) aims to improve the quality of communication through an interpersonal approach to individual and family therapy, teaching parenting skills [85]. Family therapy focuses on a number of areas of difficulty and contexts in which the behavioral and emotional problems that lead to SB arise [86].

Thus, the main targets of prevention in working with adolescents with SB are the following:

1. Teaching the skills of coping with stress and expanding the repertoire of patterns of behavior in a stressful situation.
2. Identification and prevention of depressive conditions masked by self-injurious behavior.
3. Teaching the skills of emotional regulation and differentiation of the emotional state.
4. Elimination of disharmony in family relationships.

The anti-crisis level of prevention of joint ventures intersects with indicative strategies for the prevention of persons in the post-suicidal period.

Indicative strategies (indicative; postventive tertiary prevention). Goals and stages of crisis psychological assistance after SB at school: relief of acute stress reactions of victims (students and their parents, teachers, administration of an educational institution), optimization of their current mental state; prevention of negative emotional reactions and repeated episodes of joint venture. Family therapy for mourning has been shown to reduce the cumulative score for suicidal thoughts and SB in adolescents 10–15 years after the intervention [87]. Loss of a loved one due to suicide is a combination of grief and post-traumatic stress [88]. In case of loss due to suicide, three questions are common: “Why did he/she do it?”; “Why couldn't I prevent it?”; “How could he/she do this to me?” [89, 90, 91]. Survivors experience shame and may be affected by the stigma associated with suicide [92, 93, 94]. Thus, a woman threw herself off a 155 feet (47 meters) bridge and miraculously survived. Faced with negative reactions from others, she experienced so much shame that she jumped off that bridge again and died. [95] Guilt is one of the common feel-

горя и посттравматического стресса [88]. При утрате из-за суицида типичны три вопроса: «Почему он/она это сделал(а)?»; «Почему я не смог(ла) это предотвратить?»; «Как мог он (она) так поступить со мной?» [89, 90, 91]. Оставшиеся в живых переживают стыд, и на их переживание могут влиять связанная с суицидом стигматизация [92, 93, 94]. Так, женщина бросилась с моста высотой 155 футов (47 метров) и чудом выжила. Столкнувшись с негативной реакцией окружающих, пережила столько стыда, что снова прыгнула с этого моста и погибла [95]. Вина – одно из распространённых чувств «выживших» (близких жертвы суицида), когда самоубийство в контексте межличностного конфликта умершего и оставшегося в живых. Родители подростка испытывают внутренний гнев, принимая смерть как отвержение. Подавляемый гнев может усиливать чувство вины, а переживание отвержения – влиять на самооценку. Страх – частая реакция на суицид, одним из первых его проявлений может быть страх перед собственными саморазрушительными импульсами. Родителям часто важно видеть в поступке их ребёнка не желание умереть (самоубийство), а несчастный случай, приводя к созданию семейных мифов и искажённой коммуникации.

Терапевту лучше говорить «умер вследствие самоубийства», чем «совершил самоубийство», что имеет криминальный оттенок и предполагает стигматизацию [96]. Помогать в поисках смысла этой смерти. Появляется потребность определить, каким было душевное состояние подростка перед смертью. Придание смысла суициду – сложный и отнюдь не линейный процесс [97]. Предстоит работать с подавленным гневом и яростью. Эти чувства требуют осознания и выражения при одновременном укреплении контроля над этими эмоциями. В консультировании замечать потенциал отыгрывания. Близкие могут добиваться, чтобы терапевт их отверг, дабы подтвердить их негативное самовосприятие. Нужен мониторинг СП и других психиатрических проблем [98]. Многие близкие чувствуют, что их не может понять никто из не имеющих опыта подобной утраты. Полезны группы самопомощи для проработки темы смерти, а не самоубийства.

Консультирование должно привлекать семью и более широкую социальную систему, по возможности.

Индивидуальная работа с подростком, совершившим суицидальную попытку (в постсуицидальный период). Консультирование фокусируется на динамике суицидальных намерений и стабилизацию ситуации. Распознавание суицидальных тенденций и их

ings of “survivors” (loved ones of a suicide attempter), when suicide is in the context of an interpersonal conflict between the deceased and the survivor. Parents of a teenager experience inner anger at seeing death as rejection. Suppressed anger can increase feelings of guilt, and feelings of rejection can affect self-esteem. Fear is a common reaction to suicide; one of its first manifestations may be fear of one's own self-destructive impulses. It is often important for parents to see in their child's actions not a desire to die (suicide), but an accident, leading to the creation of family myths and distorted communication.

It is better for the therapist to say “died by suicide” than “committed suicide”, which has a criminal connotation and implies stigmatization [96]. Help in the search for the meaning of this death. There is a need to determine what was the state of mind of a teenager before death. Giving meaning to suicide is a complex and by no means linear process [97]. You have to work with suppressed anger and rage. These feelings require awareness and expression while strengthening control over these emotions. In counseling, notice the potential for acting out. Loved ones can seek to be rejected by the therapist in order to confirm their negative self-perception. Monitoring of SB and other psychiatric problems is needed [98]. Many loved ones feel that they cannot be understood by anyone who has not experienced such a loss. Self-help groups are helpful for working through the topic of death rather than self-murder.

Counseling should involve the family and the wider social system whenever possible.

Individual work with a teenager who has committed a suicidal attempt (in the post-suicidal period). Counseling is focused on the dynamics of suicidal intentions and stabilization of the situation. Recognition of suicidal tendencies and their dissimulation are important to prevent recurrent episodes of SB.

Psychological counseling for parents is aimed at informing about the age and individual characteristics of responding to crisis situations and ways of coping with them; recommendations for relationships with children; informing about local resources of anti-crisis assistance. Hotlines effectively reduce the frequency of suicidal attempts [99] and the suicidal risk of individuals with past suicidal attempts [100, 101]. Telephone

диссимуляция важны для предотвращения повторных эпизодов СП.

Психологическое консультирование родителей направлено на информирование о возрастных и индивидуальных особенностях реагирования в кризисных ситуациях и способах совладания с ними; рекомендации взаимоотношения с детьми; информирование о местных ресурсах антикризисной помощи. «Горячие линии» эффективно снижают частоту суицидальных попыток [99] и суицидальный риск лиц с суицидальными попытками в прошлом [100, 101]. Телефонное консультирование улучшает психическое состояние суицидентов [102, 103], и признано затратной эффективной стратегией предупреждения СП [104]. Суицидальные мысли подростков с семейными проблемами – на пятом месте по частоте среди 11 категорий телефонного консультирования в Японии [105].

Организационные и функциональные проблемы суицидологической помощи подросткам.

Менее половины жертв суицида получали психиатрическую помощь, охвачены медико-социальными мероприятиями. В США не более 20% подростков, совершивших суицид, наблюдались психиатром за 1-3 месяца до самоубийства [106].

Профилактика СП подростков как биопсихосоциального феномена является актуальной научно-практической задачей, решение которой возможно на междисциплинарном и межведомственном уровнях.

Для решения вопросов первичной, вторичной и третичной профилактики базе НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского в соответствии с поручением Минздрава РФ № 15-2/10/2-1159 от 22.02.2018 г. на базе НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского создан Научно-практический центр профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних (далее – Центр). Руководитель НПЦ – профессор Б.С. Положий.

Цель деятельности НПЦ: разработка и реализация комплексных мер по профилактике, ранней диагностике, кризисной помощи и реабилитации суицидального и опасного поведения у детей и подростков.

Задачи НПЦ:

1) мониторинг и анализ суицидальной ситуации среди детей и подростков в субъектах РФ и регулярная подготовка материалов для Минздрава РФ и других органов государственной власти и управления;

2) разработка классификации субъектов РФ по уровню суицидальной напряжённости в детской и подростковой группах населения. Разработка предложений по структуре и штатной численности служб по

counseling improves the mental state of suicides [102, 103], and has been recognized as a cost effective strategy for preventing SB [104]. Suicidal thoughts of adolescents with family problems are the fifth most frequent among 11 categories of telephone counseling in Japan [105].

Organizational and functional problems of suicidal assistance to adolescents.

Less than half of the victims of suicide received psychiatric care, covered by medical and social measures. In the United States, no more than 20% of adolescents who commit suicide were seen by a psychiatrist 1-3 months before suicide [106].

Prevention of adolescents SB as a biopsychosocial phenomenon is an urgent scientific and practical task, the solution of which is possible at the interdisciplinary and interagency levels.

To address issues of primary, secondary and tertiary prevention at the base of State Scientific Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky in accordance with the order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 15-2 / 10 / 2-1159 dated 02.22.2018 on the basis of State Scientific Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky established the Scientific and Practical Center for the Prevention of Suicides and Dangerous Behavior of Minors (hereinafter – the Center). The head of the SPC is Professor B.S. Polozhy.

The purpose of the SPC is to develop and implement comprehensive measures for the prevention, early diagnosis, crisis assistance and rehabilitation of suicidal and dangerous behavior in children and adolescents.

Tasks of the SPC:

1) monitoring and analysis of the suicidal situation among children and adolescents in the constituent entities of the Russian Federation and regular preparation of materials for the Ministry of Health of the Russian Federation and other bodies of state power and administration;

2) development of a classification of the subjects of the Russian Federation according to the level of suicidal tension in children and adolescents. Development of proposals for the structure and staffing of services for the prevention of suicides among children and adolescents in accordance with the level of suicidal tensions in the region;

профилактике суицидов среди детей и подростков в соответствии с уровнем суицидальной напряжённости региона;

3) разработка предложений по созданию единой межведомственной статистической отчётности о суицидах у детей и подростков;

4) формирование банка данных детей и подростков с СП; определение потенциальных и актуальных факторов риска и разработка методов ранней диагностики СП детей и подростков;

5) изучение связи между СП детей и подростков с клиническими, социальными, личностно - психологическими и демографическими факторами;

6) разработка форм и методов суицидологической помощи детям и подросткам в общемедицинском стационаре вследствие попытки самоубийства с учётом тяжести соматических нарушений, психического состояния и уровня суицидального риска;

7) оказание амбулаторной и стационарной суицидологической (кризисной, реабилитационной) помощи детям и подросткам с СП;

8) создание организационной модели суицидологической помощи детям и подросткам;

9) участие в создании региональных служб по профилактике суицидов и опасного поведения детей и подростков в субъектах РФ с возложением на НПЦ обязанностей по координации и научно-методической поддержке их деятельности;

10) разработка и апробация новых форм и методов профилактики суицидов среди детей и подростков;

11) разработка информационно-просветительных программ по предупреждению суицидов детей и подростков с использованием электронных и печатных СМИ и привлечением специалистов в области суицидологии, психологии, психиатрии, социологии, журналистов и представителей творческой интеллигенции;

12) разработка образовательных и информационно - просветительных программ по суицидальному поведению детей и подростков для родителей, учащихся учебных заведений, педагогов, школьных психологов, детских и подростковых врачей общей практики, сотрудников правоохранительных органов;

13) разработка унифицированного диагностического комплекса методов исследования склонности подростков к опасному (рискованному, саморазрушающему, деструктивному) поведению;

14) разработка системы медико-психологического сопровождения и реабилитации детей и подростков с

3) development of proposals for the creation of a unified interdepartmental statistical reporting on suicides in children and adolescents;

4) formation of a data bank of children and adolescents with joint ventures; identification of potential and actual risk factors and development of methods for early diagnosis of SB in children and adolescents;

5) study of the relationship between SB of children and adolescents with clinical, social, personality-psychological and demographic factors;

6) development of forms and methods of suicidological care for children and adolescents in a general medical hospital due to suicide attempts, taking into account the severity of somatic disorders, mental state and the level of suicidal risk;

7) provision of outpatient and inpatient suicidological (crisis, rehabilitation) assistance to children and adolescents with SB;

8) creation of an organizational model for suicidological assistance to children and adolescents;

9) participation in the creation of regional services for the prevention of suicides and dangerous behavior of children and adolescents in the constituent entities of the Russian Federation with the assignment of the SPC with responsibilities for the coordination and scientific and methodological support of their activities;

10) development and testing of new forms and methods of suicide prevention among children and adolescents;

11) development of information and educational programs to prevent suicides of children and adolescents using electronic and print media and the involvement of specialists in the field of suicidology, psychology, psychiatry, sociology, journalists and representatives of the creative intelligentsia;

12) development of educational and informational and educational programs on suicidal behavior of children and adolescents for parents, students of educational institutions, teachers, school psychologists, children's and adolescent general practitioners, law enforcement officers;

13) development of a unified diagnostic complex of methods for studying the tendency of adolescents to dangerous (risky, self-destructive, destructive) behavior;

14) development of a system of medical and psychological support and rehabilitation of children and adolescents with dan-

опасным поведением.

В НПС внимание уделяется кризисной психотерапии в рамках ДВТ, СВТ, психодинамических подходов, телесно-ориентированной психотерапии. Проводятся занятия по мотивационному консультированию. Мотивационный подход, реализуя сопереживающий стиль и принимающие отношения с пациентом, направлена на осознание противоречия между потребностями пациента и результатами дезадаптивного поведения, разрешения этого противоречия путём выбора конструктивных форм поведения.

В рамках долговременного сотрудничества Научно-практического центра профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних на базе НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, МГППУ разработана технология выявления и сопровождения несовершеннолетних с суицидальными тенденциями, объединяющая первичную, вторичную и третичную профилактику. Налаживание системы профилактики суицидального поведения у подростков в образовательной организации также предполагает формирование компетенций медицинских, педагогических работников, психологов по распознаванию признаков СП обучающихся [107].

Первичная профилактика СП несовершеннолетних должна стать приоритетным направлением деятельности в области здравоохранения и государственной политики, а осведомленность о самоубийствах как о проблеме общественного здравоохранения должна повышаться с учётом социально-экономических, психологических и культурных последствий СП.

Типовая психиатрическая (антикризисная) помощь мало доступна и недостаточно эффективна без внимания к особым возрастным эластичным потребностям разнородной группы суицидентов - подростков и их близких на фоне хронического дефицита целевым образом обученных кадров (профессионалов и «привратников»). Структура и функция местной (государственной) подростковой суицидологической службы в рамках широкой стратегии охраны здоровья подрастающего населения должны быть возрастспецифичной с опорой на межпрофессиональное (бригадное) и межведомственное взаимодействия.

Необходима Национальная стратегия предотвращения самоубийств, основанная на фактических данных.

Для реализации эффективных стратегий по предупреждению самоубийств необходимо направить усилия на решение следующих задач:

В универсальной стратегии профилактики СП

gerous behavior.

At the SPC, attention is paid to crisis psychotherapy in the framework of DBT, CBT, psychodynamic approaches, body-oriented psychotherapy. Motivational counseling classes are held. The motivational approach, realizing an empathic style and an accepting relationship with the patient, is aimed at realizing the contradiction between the patient's needs and the results of maladaptive behavior, resolving this contradiction by choosing constructive forms of behavior.

Within the framework of long-term cooperation of the Scientific and Practical Center for the Prevention of Suicides and Dangerous Behavior of Minors on the basis of State Scientific Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Moscow State Psychological and Pedagogical University developed a technology for identifying and accompanying minors with suicidal tendencies, combining primary, secondary and tertiary prevention. Establishing a system for the prevention of suicidal behavior in adolescents in an educational organization also presupposes the formation of the competencies of medical, pedagogical workers, psychologists in recognizing the signs of SB in students [107].

Primary prevention of SB in minors should become a priority area of health and public policy, and awareness of suicide as a public health problem should be raised taking into account the socioeconomic, psychological and cultural consequences of SB.

Typical psychiatric (anti-crisis) help is poorly available and insufficiently effective without attention to the special age-related elastic needs of a diverse group of suicide attempters – adolescents and their loved ones against the background of a chronic shortage of purposefully trained personnel (professionals and "gatekeepers"). The structure and function of the local (state) adolescent suicidological service within the framework of a broad strategy for protecting the health of the growing population should be age-specific, relying on inter-professional (team) and interagency interaction.

An evidence-based National Suicide Prevention Strategy is needed.

To implement effective suicide prevention strategies, efforts must be made to address the following:

In a universal strategy for the prevention of SB, it is important to increase the

важно повышать уровень эпидемиологического наблюдения и научных исследований; повышать информированность общества путем просветительных мероприятий; изменять в благоприятном направлении общественные установки и мнения и устранять стигматизацию по отношению к людям с нарушениями психического здоровья или демонстрирующим суицидальное поведение; сокращать доступ к средствам совершения самоубийства; всячески стимулировать СМИ к внедрению более ответственных подходов к практике освещения самоубийств.

В селективной стратегии профилактики СП предстоит выявлять и охватывать адресными вмешательствами уязвимые группы; поддерживать и укреплять средовые и индивидуальные защитные факторы.

В антикризисной стратегии профилактики СП следует совершенствовать оценку и коррекцию СП.

В индикативной стратегии профилактики СП нужно оказывать поддержку лицам, потерявшим близких в результате самоубийств.

level of epidemiological surveillance and research; increase the awareness of society through educational activities; change in a favorable direction public attitudes and opinions and eliminate stigma towards people with mental health problems or demonstrating suicidal behavior; reduce access to means of committing suicide; to encourage the media in every possible way to introduce more responsible approaches to the practice of suicide reporting.

In a selective strategy for prevention of SB, it is necessary to identify and reach vulnerable groups with targeted interventions; maintain and strengthen environmental and individual protective factors.

In the anti-crisis prevention strategy for SB, the assessment and correction of joint ventures should be improved.

In an indicative strategy for prevention of SB, support should be provided to those who have lost loved ones as a result of suicide.

Литература / References:

- Rodway C., Tham S.G., Ibrahim S., et al. Suicide in children and young people in England: a consecutive case series. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3: 751–59. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30094-3
- Lancet Psychiatry. Adolescent mental health: reasons to be cheerful. *Lancet Psychiatry*. 2017; 4 (7): 507. DOI: 10.1016/s2215-0366(17)30190-6
- Griffin E., McMahon E., McNicholas F., et al. Increasing rates of self-harm among children, adolescents and young adults: a 10-year national registry study 2007–2016. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018; 53 (7): 663–671.
- Boden J.M., Fergusson D.M., Horwood L.J. Anxiety disorders and suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: Findings from a longitudinal study. *Psychol Med*. 2007; 37 (3): 431–440.
- Nock M.K., Green J.G., Hwang I., et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70 (3): 300–310. DOI: 10.1001/2013.jamapsychiatry.55
- Glenn C.R., Lanzillo E.C., Esposito E.C., et al. Examining the course of suicidal and nonsuicidal self-injurious thoughts and behaviors in outpatient and inpatient adolescents. *J Abnorm Child Psychol*. 2017; 45 (5): 971–983.
- Kessler R.C., Borges G., Walters E.E. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1999; 56 (7): 617–626. DOI: 10.1001/archpsyc.56.7.617
- Goldston DB, Daniel S.S., Erkanli A., et al. Suicide attempts in a longitudinal sample of adolescents followed through adulthood: Evidence of escalation. *J Consult Clin Psychol*. 2015; 83: 253–264.
- ВОЗ. Предотвращение самоубийств: глобальный императив. *ВОЗ*. 2014; 92.
- Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения. *Суицидология*. 2012; 1 (6): 8–12. [Polozhiy B.S., Panchenko E.A. Differentiated prevention of suicidal behavior. *Suicidology*. 2012; 1 (6): 8–12.] (In Russ)
- Wasserman D., Hoven C.W., Wasserman C., et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*. 2015; 385 (9977): 1536–1544.
- Положий Б.С., Макушкин Е.В., Любов Е.Б., Банников Г.С. Суицидальное поведение несовершеннолетних (Профилактические аспекты). *Метод. рекомендации*. М., 2020; 34. [Polozhiy B.S., Makushkin E.V., Lyubov E.B., Bannikov G.S. Suicidal behavior of minors (Preventive aspects). *Method. recommendations*. М., 2020; 34.] (In Russ)
- World Health Organization. National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. *World Health Organization*. 2018; 64.
- Бурмистрова Е.В. Психологическая помощь в кризисных ситуациях (предупреждение кризисных ситуаций в образовательной среде). *Метод. рекомендации*. М., 2006; 96. [Burmistrova E.V. Psychological assistance in crisis situations (prevention of crisis situations in the educational environment). *Method. recommendations*. М., 2006; 96.] (In Russ)
- Eckert T.L., Miller D.N., DuPaul G.J., Riley-Tillman T.C. Adolescent Suicide Prevention: School Psychologists' Acceptability of School-Based Programs. *School Psychology Review*. 2003; 32 (1): 57–76.
- Brown J.A., Goforth A.N., Machek G. School Psychologists' Experiences with and Training in Suicide Assessment: Challenges in a Rural State. *Contemp School Psychology*. 2018; 22 (2): 195–206.
- Stone D.M., Crosby A.E. Suicide Prevention. *Am J Lifestyle Med*. 2014; 8 (6): 404–20. DOI: 10.1177/1559827614551130
- Lecapitaine D.J. Role of the School Psychologist in the Treatment of High-Risk Students. *Education*. 2000; 121 (1): 73–79.
- Liebling-Boccio D.E., Jennings H.R. The Current Status of Graduate Training in Suicide Risk Assessment. *Psychol Sch*. 2013; 50 (1): 72–86.
- Stein-Erichsen J.L. School Psychologists' Confidence Level with Suicide Intervention and Prevention in the Schools. *PCOM Psychology Dissertations*. 2010; 132.
- Debski J., Spadafore C. D., Jacob S., et al. Suicide intervention: Training, roles, and knowledge of school psychologists. *Psychol Sch*. 2007; 44 (2): 57–170. DOI: 10.1002/pits.20213
- Вихристюк О.В., Банников Г.С., Гаязова Л.А. и соавт. Сборник памяток для администрации, педагогов (классных руководителей) образовательных организаций города Москвы по профилактике суицидального поведения среди обучающихся. М., 2015; 55 (5): 55. [Vikhristyuk O.V., Bannikov G.S., Gayazova L.A. et al. Collection of memos for the administration, teachers (classroom teachers) of educational organizations of the city of Moscow on the prevention of suicidal behavior among students. М., 2015; 55 (5): 55.] (In Russ)

23. Вихристюк О.В., Гаязова Л.А., Банников Г.С. Проблемы подготовки педагогов-психологов образовательных организаций в области превенции суицидального поведения подростков и молодежи. *Психология и право*. 2019; 9 (3): 18–34. [Vikhristyuk O.V., Gayazova L.A., Bannikov G.S. Problems of training teachers-psychologists of educational organizations in the field of prevention of suicidal behavior of adolescents and youth. *Psychology and law*. 2019; 9 (3): 18–34.] (In Russ) DOI: 10.17759/psylaw.2019090302
24. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Интернет и самоповреждения подростков: кто виноват – что делать. *Суицидология*. 2019; 10 (3): 3–18. [Lyubov E.B., Zotov P.B. Internet and self-harm of teenagers: whose fault is that and what can be done. *Suicidology*. 2019; 10 (3): 3–18.] (In Russ) DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-3-18
25. Положий Б.С., Любов Е.Б. Комплексная профилактика суицидального поведения: роль средств массовой информации. *Методические рекомендации*. 2019; 18. [Polozhiy B.S., Lyubov E.B. Complex prevention of suicidal behavior: the role of mass media. *Methodological recommendations*. 2019; 18.] (In Russ)
26. Diefenbach D.L., West M.D. Television and attitudes toward mental health issues: cultivation analysis and the third-person effect. *JCOP*. 2007; 35 (2): 181–95. DOI: 10.1002/jcop.20142
27. Andriessen K., Krysincka K. The portrayal of suicidal behavior in police television series. *Arch Suicide Res*. 2019; 23 (3): 1–15. DOI: 10.1080/13811118.2019.1586609
28. Till B., Strauss M., Sonneck G., Niederkrotenthaler T. Determining the effects of films with suicidal content: a laboratory experiment. *Br J Psychiatry*. 2015; 207 (1): 72–78.
29. Zalsman G., Hawton K., Wasserman D., et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3 (7): 646–59. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X
30. Barry M.M., Kuosmanen T., Clarke A.M. Implementing effective interventions for promoting adolescents' mental health and preventing mental health and behavioural problems: a review of the evidence in the WHO European Region. Galway: WHO Collaborating Centre for Health Promotion Research. *NUI Galway*. 2017.
31. Положий Б.С. Современные подходы к превентивной суицидологии. *Суицидология*. 2021; 12 (1): 73–79. [Polozhy B.S. Modern approaches to preventive suicidology. *Suicidology*. 2021; 12 (1): 73–79.] (In Russ / Engl) DOI: 10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-73-79
32. Dulcan M.K., Costello E.J., Costello A.J., et al. The pediatrician as gatekeeper to mental health care for children: Do parents' concerns open the gate? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990; 29: 453–458.
33. Frankenfield D.L., Keyl P.M., Gielen A., et al. Adolescent patients – healthy or hurting? Missed opportunities to screen for suicide risk in the primary care setting. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000; 154: 162–168.
34. Холмогорова А.Б., Гараян Н.Г., Горошкова Д.А., Мельник А.М. Суицидальное поведение в студенческой популяции. *Культурно-историческая психология*. 2009; 5 (3): 101–110. [Kholmogorova A.B., Garanyan N.G., Goroshkova D.A., Melnik A.M. Suicidal behavior in the student population. *Cultural and historical psychology*. 2009; 5 (3): 101–110.] [In Russ]
35. Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра [Электронный ресурс]. *Медицинская психология в России*. 2012; 2. [Kholmogorova A.B., Volikova S.V. The main results of studies of suicide risk factors in adolescents based on a psychosocial multifactorial model of affective spectrum disorders [Electronic resource]. *Medical psychology in Russia*. 2012; 2.] (In Russ)
36. Банников Г.С., Павлова Т.С., Федунина Н.Ю. и соавт. Раннее выявление потенциальных и актуальных факторов риска суицидального поведения у несовершеннолетних. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 82–91. [Bannikov G.S., Pavlova T.S., Fedunina N.Yu. et al. Early identification of potential and current risk factors for suicidal behavior in minors. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 82–91.] (In Russ)
37. Банников Г.С., Вихристюк О.В., Федунина Н.Ю. Применение технологии выявления факторов риска развития суицидального поведения среди подростков и молодежи. *Психологическая наука и образование*. 2018; 23 (4): 91–102. [Bannikov G.S., Vikhristyuk O.V., Fedunina N.Yu. Application of technology for identifying risk factors for the development of suicidal behavior among adolescents and youth. *Psychological science and education*. 2018; 23 (4): 91–102.] (In Russ)
38. Суицидальные и несуйцидальные самоповреждения подростков / Коллективная монография. Под редакцией проф. П.Б. Зотова. Тюмень: Вектор Бук, 2021. 472 с. [Suicidal and non-suicidal self-harm of adolescents / Collective monograph. Edited by Prof. P.B. Zotov. Tyumen: Vector Book, 2021. 472 p. ISBN 978-5-91409-537-3] (In Russ) ISBN 978-5-91409-537-3
39. Nock M.K., Holmberg E.B., Photos V.I., Michel B.D. Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychol Assess*. 2007; 19 (3): 309–317/
40. Cohen L.J., Gorman B., Briggs J., Jeon M.E., et al. The suicidal narrative and its relationship to the suicide crisis syndrome and recent suicidal behavior. *Suicide Life Threat Behav*. 2019; 49: 413–422. DOI: 10.1111/sltb.12439
41. Cohen L.J., Ardan F., Yaseen Z., Galyner I. Suicide crisis syndrome mediates the relationship between long-term risk factors and lifetime suicidal phenomena. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2018; 48: 613–623.
42. Cha C.B., Franz P.J., Guzmán E.M., et al. Annual research review: Suicide among youth – Epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018; 59 (4): 460–482. DOI: 10.1111/jcpp.12831
43. Jobes A.D., Vergara G., Lanzillo E.C., Anderson A.R. The potential use of CAMS for suicidal youth: building on epidemiology and clinical interventions. *Child Health Care*. 2019; 48 (4): 444–68. DOI: 10.1080/02739615.2019.1630279
44. Cipriani A., Hawton K., Stockton S., Geddes J.R. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2013; 346: 3646. DOI: 10.1136/bmj.f3646
45. Turecki G., Brent D.A., Gunnell D., O'Connor R.C. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primers*. 2019; 5 (1): 74. DOI: 10.1038/s41572-019-0121-0
46. Mahableshwarkar A.R., Affinito J., Reines E.H., et al. Suicidal ideation and behavior in adults with major depressive disorder treated with vortioxetine: post hoc pooled analyses of randomized, placebo-controlled, short-term and open-label, long-term extension trials. *CNS Spectrums*. 2020; 25 (3): 352–62. DOI: 10.1017/S109285291900097X.
47. Hammad T. Review and evaluation of clinical data. *FDA*. 2004; 16.
48. Clinical review: relationship between antidepressant drugs and suicidality in adults. *FDA*. 2006; 64.
49. Acharya N., Rosen A.S., Polzer J.P., et al. Duloxetine: meta-analyses of suicidal behaviors and ideation in clinical trials for major depressive disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2006; 26 (6): 587–594.
50. Beasley Jr C.M., Ball S.G., Nilsson M. E., et al. Fluoxetine and adult suicidality revisited: an updated meta-analysis using expanded data sources from placebo-controlled trials. *J Clin Psychopharmacol*. 2007; 27 (6): 682–686.
51. Gibbons R.D., Brown C.H., Hur K., et al. Suicidal thoughts and behavior with antidepressant treatment: reanalysis of the randomized placebo-controlled studies of fluoxetine and venlafaxine. *Arch Gen Psychiatry*. 2012; 69 (6): 580–7. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.2048
52. Bridge J.A., Iyengar S., Salary C.B., et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment. *JAMA*. 2007; 297 (15): 1683–1696
53. Ignaszewski M.J., Waslick B. Update on randomized placebo-controlled trials in the past decade for treatment of major depressive disorder in child and adolescent patients: a systematic review. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2018; 28 (10): 668–675. DOI: 10.1089/cap.2017.0174
54. Fornaro M., Anastasia A., Valchera A., et al. The FDA “Black Box” Warning on Antidepressant Suicide Risk in Young Adults: More Harm Than Benefits? *Front Psychiatry*. 2019; 10: 294. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00294
55. Cox G., Hetrick S. Psychosocial interventions for self-harm, suicidal ideation and suicide attempt in children and young people: What? How? Who? and Where? *Evid Based Ment Health*. 2017; 20 (2): 35–40. DOI: 10.1136/eb-2017-102667

56. Boaden K., Tomlinson A., Cortese S, Cipriani A. Antidepressants in Children and Adolescents: Meta-Review of Efficacy, Tolerability and Suicidality in Acute Treatment. *Front Psychiatry*. 2020; 11: 717. DOI: 10.3389/fpsy.2020.00717
57. Findling R.L., McNamara N.K., Branicky L.A., et al. A double-blind pilot study of risperidone in the treatment of conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000; 39 (4): 509–516.
58. Snyder R., Turgay A., Aman M., et al. Effects of risperidone on conduct and disruptive behavior disorders in children with subaverage IQs. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002; 41 (9): 1026–36.
59. DelBello M.P., Schwiers, M.L., Rosenberg H.L., Sreakowski S.M. A double-blind, randomized, placebo-controlled study of quetiapine as adjunctivetreatment for adolescent mania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002; 41 (10): 1216–1223.
60. DelBello M.P., Versavel M., Kathleen I., et al. Tolerability of oral ziprasidone in children and adolescents with bipolar mania, schizophrenia, or schizoaffective disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2008; 18 (5): 491–499. DOI: 10.1089/cap.2008.008
61. Meltzer H.Y., Alphas L., Green A.I., et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60 (1): 82–91. DOI: 10.1001/archpsyc.60.1.82
62. Warnez S., Alessi-Severini S. Clozapine: a review of clinical practice guidelines and prescribing trends. *BMC Psychiatry*. 2014; 14: 102. DOI: 10.1186/1471-244X-14-102
63. Wilkowska A., Wiglusz M.S., Cabała W.J. Clozapine: promising treatment for suicidality in bipolar disorder. *Psychiatr Danub*. 2019; 31 (3): 574–578.
64. Holzer L., Eap. C.B. Aripiprazole and suicidality. *Int Clin Psychopharmacol*. 2006; 21 (2): 125–126. DOI: 10.1097/01.yic.0000185024.33032.86
65. Awad A.G., Voruganti L.N.P. New Antipsychotics, Compliance, Quality of Life, and Subjective Tolerability-Are Patients Better Off? *Can J Psychiatry*. 2004; 49 (5): 297–302.
66. Ougrin D., Tranah T., Stahl D., et al. Therapeutic Interventions for Suicide Attempts and Self-Harm in Adolescents: Systematic Review and Meta-Analysis. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015; 54 (2): 97–107.
67. March J.S., Silva S., Petrycki S., et al. Treatment of Adolescents with Depression Study Team. The treatment of adolescents with depression study (TADS): Long-term effectiveness and safety outcomes. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64: 1132–44. DOI: 10.1001/archpsyc.64.10.1132
68. Tang T.C., Joo S.H., Ko C.H., et al. Randomized study of school-based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and parasuicide behaviors. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2009; 63 (4): 463–470.
69. Melhem N.M., Keilp J.G., Porta M.A., et al. Blunted HPA axis activity in suicide attempters compared to those at high risk for suicidal behavior. *Neuropsychopharmacology*. 2016; 41: 1447–1456. DOI: 10.1038/npp.2015.309
70. Bateman A., Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*. 2010; 9 (1): 11–15. DOI: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x
71. Esposito-Smythers C., Goldston D. Challenges and opportunities in the treatment of adolescents with substance use disorders and suicidal behavior. *Subst Abus*. 2008; 29 (2): 5–17. DOI: 10.1080/08897070802092835
72. Wood A., Tratnor G., Rothwell J., et al. Randomized trial of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001; 40: 1246–1253.
73. Berk M., Henriques G., Warman D., et al. A cognitive therapy intervention for suicide attempters: An overview of the treatment and case examples. *Cogn Behav Pract*. 2004; 11: 265–277.
74. Федунина Н.Ю., Вихристюк О.В., Банников Г.С. Практики осознанности в профилактике суицидального поведения подростков. *Вестник Московского университета*. 2019; 14 (2): 121–144. [Fedunina N.Yu., Vikhristyuk O.V., Bannikov G.S. Mindfulness practices in the prevention of suicidal behavior of adolescents. *Bulletin of the Moscow University*. 2019; 14 (2): 121–144.] (In Russ)
75. Luoma J.B., Villatte J.L. Mindfulness in the treatment of suicidal individuals. *Cogn Behav Pract*. 2012; 19 (2): 265–276. DOI: 10.1016/j.cbpra.2010.12.003
76. Segal Z.V., Teasdale J.D., Williams J.M., Gemar M.C. The Mindfulness-Based Cognitive Therapy Adherence Scale: Interrater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinic Psychol Psychother*. 2002; 9: 131–138. DOI: 10.1002/cpp.320
77. Fleischhaker C., Böhme R., Sixt B. et al. Dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A): A clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2011; 5: 3. DOI: 10.1186/1753-2000-5-3
78. Hayes S.C., Luoma J.B., Bond F.W., et al. Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes and Outcomes. *Behav Res Ther*. 2006; 44: 1–25.
79. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. *Bantam Doubleday Dell*. 1990; 720.
80. Weisz J.R., McCarty C.A., Valeri S.M. Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychol Bull*. 2006; 132: 132–149.
81. Babak V., Touraj H., Ghasem A., Naimeh M.A. Predicting suicide ideation based on identity styles and coping strategies. *Contemporary psychology*. 2015; 10 (19): 47–56.
82. Gould M.S., Thomas J.G., Chung M. Teenagers' Attitudes About Coping Strategies and Help-Seeking Behavior for Suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 43 (9): 1124–1133.
83. Miller A.L., Rathus J.H., Linehan M.M., et al. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *J Psychiatr Practice*. 1997; 3 (2): 78–86.
84. Connell A.M., McKillop H.N., Dishion T.J. Long-term effects of the family check-up in early adolescence on risk of suicide in early adulthood. *Suicide Life Threat Behav*. 2016; 46 (1): 15–22. DOI: 10.1111/sltb.12254
85. Esposito-Smythers C., Spirito A., Kahler C.W., et al. Treatment of co-occurring substance abuse and suicidality among adolescents: A randomized trial. *J Consult Clin Psychol*. 2011; 79 (6): 728–739.
86. Diamond G.S., Wintersteen M.B., Brown G.K., et al. Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: A randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 49 (2): 122–131.
87. Huey S., Henggeler S., Rowland M., et al. Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 43 (2): 183–190.
88. Connell A.M., McKillop H.N., Dishion T.J. Long-term effects of the family check-up in early adolescence on risk of suicide in early adulthood. *Suicide Life Threat Behav*. 2016; 46 (1): 15–22. DOI: 10.1111/sltb.12254
89. Callahan J. Predictors and correlates of bereavement in suicide support group participants. *Suicide Life Threat Behav*. 2000; 30: 104–124.
90. Jordan J. R. Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide Life Threat Behav*. 2001; 31(1): 91–102. DOI: 10.1521/suli.31.1.91.21310
91. Jordan J.R., McIntosh J. Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors. *New York*. 2010; 574.
92. Houck J. A comparison of grief reactions in cancer, HIV/AIDS and suicide bereavement. *J HIV/AIDS Soc Serv*. 2007; 6: 97–112. DOI: 10.1300/J187v06n03_07
93. Peters K., Cunningham C., Murphy G., Jackson D. “People look down on you when you tell them how he died”: Qualitative insights into stigma as experienced by suicide survivors. *Int J Ment Health Nurs*. 2016; 25: 251–257. DOI: 10.1111/inm.12210
94. Cvinar J.G. Do suicide survivors suffer social stigma: a review of the literature. *Perspect Psychiatr Care*. 2005; 41: 14–21. DOI: 10.1111/lj.003-5990.2005.00004.x
95. Worden W. Grief Counseling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner. NY. 2020; 330.
96. Parrish M., Tunkle J. Working with families following their child's suicide. *Family Therapy*. 2003; 30 (2): 63-76.
97. Begley M., Quayle E. The lived experience of adults bereaved by suicide. *Crisis*. 2007; 28: 26–34. DOI: 10.1027/0227-5910.28.1.26
98. Jordan J.R., McMenamy J.L. Interventions for suicide survivors: A review of the literature. *Suicide Life Threat Behav*. 2004; 34: 337–49. DOI: 10.1521/suli.34.4.337.53742

99. Gould M.S., Kalafat J., HarrisMunfakh J.L., Kleinman M. An evaluation of crisis hotline outcomes. Part 2: Sui-cidal callers. *Suicide Life Threat Behav.* 2007; 37 (3): 338–352.
100. Fleischmann A., Bertolote J.M., Wasserman D., et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ.* 2008; 86 (9): 703–709.
101. Motto J.A., Bostrom A.G. A randomized controlled trial of post-crisis suicide prevention. *Psychiatric serv.* 2001; 52 (6): 828–833.
102. Mousavi S.G., Zohreh R., Maracy M.R., et al. The efficacy of telephonic follow up in prevention of suicidal reat-tempt in patients with suicide attempt history. *Adv Biomed Res.* 2014; 3: 198. DOI: 4103/2277-9175.142043
103. Rhee W.K., Merbaum M., Strube M.J., Self S.M. Efficacy of brief telephone psychotherapy with callers to a sui-cide hotline. *Suicide Life Threat Behav.* 2005; 35 (3): 317–328.
104. Pil L., Pauwels K., Muijzers E., et al. Cost-effectiveness of a helpline for suicide prevention. *J Telemed Telecare.* 2013; 19 (5): 273–281.
105. Doki S., Kaneko H., Oi Y., et al. Risk factors for suicidal ideation among telephone crisis hotline callers in Japan. *Crisis.* 2016; 37: 438–444.
106. Shaffer D., Gould M.S., Fisher P., et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry.* 1996; 53: 339–348.
107. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Носова Е.С. Научная доказательность и экономическое обоснование предупреждения суицидов. *Суицидология.* 2019; 10 (2): 23–31. [Lyubov E.B., Zotov P.B., Nosova E.S. Scientific evidence and economic justification of suicide prevention. *Suicidology.* 2019; 10 (2): 23–31.] (In Russ / Engl) DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-23-31

PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOR AMONG ADOLESCENTS

B.S. Polozhy, G.S. Bannikov,
E.B. Lyubov, P.B. Zotov,
P.K. Yakhyayeva

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

Abstract:

The literature review considers the preventive strategies of suicidal behavior (SB) in adolescents, their characteristics, content and structure. Within the framework of universal (primary) prevention, the role of school programs, training programs for specialists in the education system and primary care of outpatient medical care is shown. The features of working with the media are considered. A special place in selective prophylaxis is occupied by the screening of the risk of SB in minors with medical and psychological support. The characteristic symptoms and emotional experiences of patients in the acute presuicidal period and scientifically evidence-based effective psychotherapeutic approaches are shown. The goals and stages of crisis psycho-logical assistance after SB at school are described. The organization of suicidological aid in a new form of anti-crisis service for adolescents is highlighted: the Scientific and Practical Center for the Prevention of Suicides and Dangerous Behavior of Minors on the basis of the National Medical Research Center for Psychiatry and Drug Addiction named after V.P. Serbsky.

Keywords: adolescents, suicidal behavior, prevention

Вклад авторов:

Б.С. Положий: разработка дизайна исследования, обзор публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи;
Г.С. Банников: обзор публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи;
Е.Б. Любов: обзор публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи;
П.Б. Зотов: обзор публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи;
П.К. Яхьяева: обзор публикаций по теме статьи, написание текста рукописи.

Authors' contributions:

B.S. Polozhy: developing the research design, reviewing of publications of the article's theme, article writing, article editing;
G.S. Bannikov: reviewing of publications of the article's theme, article writing, article editing;
E.B. Lyubov: reviewing of publications of the article's theme, article writing, article editing;
P.B. Zotov: reviewing of publications of the article's theme, article writing, article editing;
P.K. Yakhyayeva: reviewing relevant publications, article writing.

Финансирование: 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: 02.10.2021. Принята к публикации / Accepted for publication: 13.11.2021.

Для цитирования: Положий Б.С., Банников Г.С., Любов Е.Б., Зотов П.Б., Яхьяева П.К. Профилактика суицидального поведения несовершеннолетних. *Суицидология.* 2021; 12 (3): 67-87. doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-03(44)-67-87

For citation: Polozhy B.S., Bannikov G.S., Lyubov E.B., Zotov P.B., Yakhyayeva P.K. Prevention of suicidal behavior among adolescents. *Suicidology.* 2021; 12 (3): 67-87. doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-03(44)-67-87 (In Russ / Engl)