**Реферативный обзор по теме «Подростковый суицид»**

Обзор составил:
***Пономарев И.В.***

В статье «Факторы, ассоциируемые с суицидальным феноменом у подростков: систематический обзор исследований среди населения» Эммы Эванс и ее коллег по Центру суицидальных исследований Оксфордского университета, опубликованной в «Обозрении по клинической психологии» в 2004 г., дается анализ большого количества исследований за несколько последних десятилетий (E. Evans, K. Hawton, K. Rodham «Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies» // Clinical Psychology Review 24 (2004) 957–979). Авторы ставят себе задачу систематизировать рассматриваемые исследования по тем возможным причинам (факторам), которые приводят к суициду.
Статья особенно интересна отечественному читателю, поскольку представляет собой образец библиографического исследования в западной науке. Именно на основе таких исследований можно выдвигать научно обоснованные рабочие гипотезы с целью их дальнейшей экспериментальной проверки. Исследования такого типа также позволяют сделать и некоторые практические выводы и рекомендации для профессионалов, так или иначе сталкивающихся в свое работе с суицидальным феноменом у подростков. К сожалению, в отечественное науке таких исследований еще недостаточно, их важность недооценивается и на них не выделяются соответствующие средства. По этой причине мы также уделим пристальное внимание методологии данной работы.
Первоначальный поиск литературы по интересовавшей авторов проблеме был проведен в следующих базах данных (в скобках указаны годы, которые были охвачены поиском): PsychLit (1971 to 2000), Medline (1966 to 2000), EMBASE (1980 to 2000), Sociological Abstracts (CSA) (1963 to 2000), ERIC (1966 to 2000), the Australian Education Index (1978 to 2000), the British Education Index (1976 to 2000). Необходимость составления подобных баз на русском языке и выделения для этого соответствующих средств едва ли требует дальнейшего обоснования.
При поиске в базах данных были выбраны следующие основные термины: суицид, парасуицид, передозировка; подросток, юноша/девушка, школьник, ребенок; обзор, опросник, интервью. Использовался ряд английских терминов, которые не имеют эквивалента в русском языке: причинение себе ущерба (самоущерб) посредством порезов, отравления, травм (self-harm, self-cut, self-poison, self-injure). В термин «суицидальный феномен», как поясняют сами авторы, они вкладывали следующие значения: «суицидальные попытки», «намеренное причинение себе ущерба», «суицидальные планы, угрозы, мысли» (Evans et al., 2004, Р. 958-959).
Дальнейший отбор литературы происходил по следующим критериям: данные рассматриваемого исследования собирались в открытых сообществах (а не скажем, в клиниках); более 90 % попавших в выборку должны были быть в возрасте от 12 до 20 лет; попавшие в выборку либо самостоятельно ответили на опросник, либо отвечали на схожие вопросы в интервью; в рассматриваемом исследовании должен был быть выделен превалирующий каузальный фактор суицидального феномена.
Связи между суицидальным феноменом и причинами его порождающими были сгруппированы авторами статьи в четыре рубрики: умственное и физическое здоровье и благосостояние; другие личностные характеристики и качества; семейная среда; образовательные и социальные факторы.
Авторы начинают свой обзор с рассмотрения возможных причин суицидального феномена, связанных с *умственным здоровьем*. Связь между суицидальным феноменом и умственными расстройствами изучалась в 5 исследованиях (многовариативный анализ, проведенный только в 2-х исследованиях из 5-ти, подтвердил значимость этой связи); между тревожностью и суицидальным феноменом – в 9 исследованиях (проведенный только в 2-х исследованиях многовариативный анализ не подтвердил значимость этой связи); между антисоциальным поведением (враждебность, травля и другие отклонения) и суицидальным феноменом – в 17 исследованиях (проведенный только в 4-х исследованиях многовариативный анализ подтвердил значимость этой связи в 3-х из них, а в 2-х также показал, что эта связь значима для девушек, но не для юношей); между расстройствами пищевого поведения и  суицидальным феноменом – в 8 исследованиях (проведенный только в 1-м исследовании многовариативный анализ не подтвердил значимость этой связи); между нарушениями сна и его последствиями (усталость, кошмары и пр.) и суицидальным феноменом – в 4 исследованиях (проведенный только в 1-м исследовании многовариативный анализ подтвердил значимость этой связи).
Целый ряд исследований (около 26) посвящен выяснению связи между суицидальным феноменом и депрессией. Многовариативный анализ, проведенный в 12 исследованиях, подтвердил значимость этой связи в 11 исследованиях, «даже когда учитывалось значительное число и разнообразие других факторов» (Evans et al., 2004, Р. 960). При этом Э. Эванс и ее коллеги приводят данные еще по 7 исследованиям, где изучалась связь между суицидальным феноменом и потерей надежды. В двух исследованиях использовался многовариативный анализ, который в одном случае подтвердил наличие значимой связи, а в другом – нет. Но самое интересное состоит в том, что в этих двух исследованиях не было выделено такого фактора, как депрессия.
Связь между суицидальным феноменом и самооценкой изучалась в 6 исследованиях, но результаты многовариативного анализа, проведенного только в 2-х исследованиях, «были противоречивы, что может объясняться различными способами измерения самооценки» (Evans et al., 2004, Р. 963).
Большая группа исследований посвящена изучению связи между суицидальным феноменом и употреблением табака, алкоголя и наркотиков. Связь с употреблением табака изучалась в 9 исследованиях (проведенный только в 3-х исследованиях многовариативный анализ подтвердил значимость этой связи в двух и не подтвердил в одном); с употреблением алкоголя – в 25 исследованиях (многовариативный анализ, проведенный в 9-ти исследованиях из 25, подтвердил значимость этой связи в 5; однако в трех исследованиях, в которых также были введены такие факторы, как депрессия, потеря надежды, негативизм, насилие, сексуальная активность, связь с употреблением алкоголя оказалась непрямой); с употреблением наркотиков (особенно тяжелых) – в 24 исследованиях и многовариативный анализ «в целом подтвердил прямую связь с суицидальным феноменом» (Evans et al., 2004, Р. 962).
Наконец, заканчивая обзор данной группы исследований, Э. Эванс и ее коллеги останавливаются на связи суицидального феномена с *физическим здоровьем и благосостоянием*. Связь между суицидальным феноменом и физическим здоровьем изучалась в 14 исследованиях (многовариативный анализ, проведенный только в половине данных исследований, подтвердил значимость этой связи в 4-х случаях и не подтвердил – в 3-х); между физическими недостатками и суицидальным феноменом – в 2 исследованиях, но многовариативный анализ «дал противоречивые результаты» (Evans et al., 2004, Р. 963).
Уже по первой группе исследований, выделенной авторами статьи и посвященной изучению связи между суицидальным феноменом и *умственным/физическим здоровьем и благосостоянием*, видно, что в эту группу попали совершенно различные предполагаемые/искомые причины суицидального феномена. Это становится еще очевиднее при анализе последующих групп, составленных Э. Эванс и коллегами. Однако мы не видим смысла, далее отягощать читателя подробным изложением данных групп, по причинам, которые укажем чуть ниже. Сейчас же кратко перечислим явления, связь суицидального феномена с которыми рассматривается в трех оставшихся рубриках статьи: другие личностные характеристики и качества; семейная среда; образовательные и социальные факторы.
В группе другие л*ичностные характеристики и качества* авторы статьи анализируют связь суицидального феномена с такими явлениями, как сексуальная ориентация, сексуальное активность, физическое и сексуальное насилие, суицидальное поведение других (членов семьи, друзей; транслируемое по СМИ), религиозные убеждения. В группе *семейная среда*анализируется связь суицидального феномена с социально-экономическими характеристиками семьи, структурой семьи (проживание с одним/двумя родителями или без родителей, потеря родителей, число сиблингов и их порядок по рождению), отношениями в семье (дружески-понимающие, враждебно-недоброжелательные, наличие эмоционального контакта детей и родителей, недостаток или избыток родительского контроля, проведение свободного времени с родителями), физическим и ментальным состоянием членов семьи и пр. Наконец, в группе *образовательные и социальные факторы* рассматривается связь суицидального феномена с успеваемостью и посещаемостью в школе, отношением (позитивное/негативное) к учебному процессу, нарушением школьной дисциплины, отношениями со сверстниками, социальной поддержкой и занятиями спортом.
Из данного обзора видно, что такие достаточно объективные (в плане их внешнепсихической онтологии) факторы, как суицидальное поведение других (членов семьи, друзей; суицидальное поведение, транслируемое по СМИ), социально-экономические характеристики и структура семьи, *попадают в одну рубрику* с такими внутрипсихическими явлениями и характеристиками, как депрессия, самооценка, потеря надежды, религиозные убеждения и пр. Методологически это совершенно недопустимо, необходимо разделять социальную ситуацию развития и развитие личности и сознания (Выготский, 2001; анализ данных положений Л.С. Выготского в контексте культурно-исторической теории см.: Пономарев, 2009, С. 156–169).
Э. Эванс и ее коллеги приходят к заключению, что **наиболее «серьезные свидетельства связи»** суицидальный феномен имеет с факторами, которые можно поделить на три группы: уязвимость к суициду, стрессовые факторы, совмещение двух первых групп. В первую группу попадает «суицидальное поведение членов семьи», во вторую – «депрессия, употребление алкоголя и сильных наркотиков, умственные расстройства, суицидальное поведение друзей, проблемные семьи (особенно для подростков-девушек), плохие отношения со сверстниками», в третью – «проживание отдельно от родителей, антисоциальное поведение (особенно для подростков-девушек), сексуальное и физическое насилие, нечуткие родители» (Evans et al., 2004, Р. 972).
Как видим, здесь опять смешиваются внешнепсихические и внутрипсихические факторы, что, по крайней мере, методологически неверно. Поэтому можно предложить другую классификацию, основанную на указанном критерии. Факторы, связанные с развитием личности и сознания: депрессия, умственные расстройства, антисоциальное поведение (особенно для подростков-девушек). Факторы, связанные с социальной ситуацией развития: суицидальное поведение членов семьи и/или друзей, проблемные семьи (особенно для подростков-девушек), плохие отношения со сверстниками, проживание отдельно от родителей, нечуткие родители, сексуальное и физическое насилие. Употребление алкоголя и сильных наркотиков несколько выпадает из данной схемы и может быть отнесено к третьей группе факторов – внешние проявления одного из названных факторов (развитие личности и сознания; социальная ситуация развития) или их комбинации.
Вышеуказанным образом Э. Эванс и ее коллеги группируют **«возможные свидетельства связи»** суицидального феномена со следующими факторами. Факторы уязвимости к суициду: «слабые связи с семьей»; стрессовые факторы: «потеря надежды, пищевые расстройства, курение, употребление наркотиков, нарушения сна, суицидальные проявления в СМИ»; совмещение двух первых групп: «низкая самооценка, плохое физическое здоровье, физическая неполноценность, сексуальное поведение» (Evans et al., 2004, Р. 972). Перегруппировывая эти данные, получим, что к внутрипсихическому развитию относятся потеря надежды, низкая самооценка, отчасти – сексуальное поведение; к внешнепсихическому – слабые связи с семьей, суицидальные проявления в СМИ. Пищевые расстройства, курение и употребление наркотиков, нарушения сна, и отчасти – сексуальное поведение мы бы отнесли к внешнему проявлению указанных факторов или их комбинации; плохое физическое здоровье и физическую неполноценность – к комбинации внешне- и внутрипсихических факторов. Мы предполагаем, что такая перестройка эвристических выводов поможет в будущем по-иному спланировать исследование суицидального феномена и его возможных причин.

\*\*\*

Авторы статьи утверждают, что «существует значительное разнообразие как в методах исследования суицидального феномена, так и в связанных с ним факторах (рисках)» (Evans et al., 2004, Р. 958). Если с существованием «значительного разнообразия» в методах исследования с оговорками можно согласиться (методологически существенных различий по описаниям авторов статьи не видно), то разнообразие каузальных факторов, порождающих суицидальный феномен, может оказаться до некоторой степени чисто терминологическим. Например, терминологическая путаница видна в следующем высказывании: «Низкая самооценка является одновременно и симптомом депрессии (Beck, 1967), и повышает индивидуальную уязвимость к впадению в депрессию (McGee & Williams, 2000)», – пишут Э. Эванс и ее коллеги, в свою очередь, ссылаясь на других ученых (Evans et al., 2004, Р. 969). Симптом, который является причиной? Тогда это не симптом, а именно причина/каузальный фактор, проявления которого имеют определенные признаки. Именно эти признаки принято называть симптомами. У одного и того же синдрома могут оказаться совершенно разные симптомы, а одни и те же симптомы могут быть у разных синдромов.
Из всех перечисленных возможных причин суицидального феномена только нарушение пищевого поведения и депрессия определялись с помощью стандартизированной шкалы DSM-III-R. Уныние, безнадежность можно называть депрессией, но суть от этого не меняется – мы не знаем, что это такое, или мы должны указать, какими гормональными изменениями это сопровождается, как перестаивается центральная нервная система. Неудивительно, что, как признают сами авторы, «многие из рассмотренных каузальных связей близки с теми, что ранее были получены на взрослых и госпитальных исследованиях подростков» (Evans et al., 2004, Р. 968). А где же специфика подросткового суицидального феномена?
Мы полагаем, ответ на последний вопрос едва ли может быть получен, если следовать методологии исследований, рассмотренных Э. Эванс и ее коллегами. В этих исследованиях берется некий обобщенный подросток Х и решается некая обобщенная проблема – суицидальные наклонности. На выходе получается множество факторов, означающих в буквальном смысле слова, что суицид может спровоцировать что угодно у кого угодно. Или по-другому, любой неблагоприятный фактор (еще вопрос, что считать неблагоприятным, ведь для кого-то трудности «идут в рост») может спровоцировать любого (именно любого!) подростка на суицидность. Главное, что выносится за скобки в таких исследованиях, это личность, с присущим ей уникальным сознанием (ср.: Выготский, 1934, С. 190–191). То, что у одного конкретного человека может вызвать мысли о суициде или суицидную попытку, у другого может вызвать совершенно иную реакцию, никак с суицидностью не связанную.
Нельзя все сводить и к измерениям (ср. выше пример с изучением самооценки). Многое просто нельзя померить тестами. Необходимо сочетать тестовые методики (сами по себе, конечно, необходимые) с длительным клиническим наблюдением. В последние годы сказывается повальное увлечение тестами и математической обработкой материала, связанное с доступность этих методик на компьютерной технике. Отчасти это похоже на ситуацию в отечественной медицине, сложившуюся в середине XX века, когда трудоемкие и тонкие методы диагностики, основанные на длительном и пристальном наблюдении больного одним врачем-терапевтом, были почти полностью вытеснены хорошими, но совершенно недостаточными методами механического исследования (анализы, рентген, ЭКГ и пр., см., напр.: Лурия, 2001).

\*\*\*

Чтобы сделать наши выводы более обоснованными, рассмотрим одно типичное тестовое и клиническое исследование суицидального феномен, желая этим подчеркнуть, что не всякий клинический метод исследования адекватен поставленной проблеме. В статье Дональда Дугерти и его коллег «Импульсивность и клинические симптомы у подростков с несуицидным нанесением себе вреда, совершавших и не совершавших попытку самоубийства» исследуется связь суицидального феномена с импульсивностью («Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide» Donald M. Dougherty,  Charles W. Mathias, Dawn M. Marsh-Richard, Kristen N. Prevette, Michael A. Dawes, Erin S. Hatzis, Guy Palmes, Sylvain O. Nouvion // Psychiatry Research, 2009. № 169. Р. 22-27). Импульсивность не рассматривалась среди искомых каузальных факторов суицидального феномена в предыдущей статье, что только увеличивает эвристический потенциал ее анализа. Большинство авторов статьи работает в Нейробихевиориальной исследовательской лаборатории и клинике Центра медицины Университета Техас.
Д. Дугерти и его коллеги исходили из гипотезы, что подростки с несуицидным нанесением себе вреда (non-suicidal self-injury, далее – ННСВ) и совершившие попытку самоубийства будут выказывать большую степень импульсивности, чем подростки с ННСВ, не совершавшие суицидную попытку. Гипотеза была поставлена на основе библиографического исследования литературы по проблеме самоубийств у подростков. Так, обсуждая термин «импульсивность», авторы статьи дают следующую цитату: «предрасположенность к быстрым, неспланированным реакциям на внутренние или внешние стимулы, не учитывающая негативные последствия этих реакций по отношению к самому себе или другим (Moeller et al., 2001, Р. 1784)» (Dougherty, 2009, Р. 23). Собственно феномен импульсивности исследовался с помощью клинических самоотчетов пациентов и двух тестовых методик (the Two Choice Impulsivity Paradigm и GoStop Impulsivity Paradigm), описанных Д. Дугерти ранее (Dougherty et al., 2003, 2005a). Интересно, что более 80 % выборки составили подростки, у которых в графе этническая принадлежность указано «кавказец».
В исследовании также использовались другие тестовые методы и шкалы для диагностики и фиксации *импульсивности* – the Barratt Impulsiveness Scale, разработанная Паттоном (Patton et al., 1995), *агрессии* – the Lifetime History of Aggression, разработанная Коккаро (Coccaro et al., 1997), *депрессии, потери надежды* *и самоотчетов о суицидальных мыслях* – the Beck Depression Inventory-II, the Beck Hopelessness Scale, the Beck Scale for Suicidal Ideation Selfreported, разработанные Бек (Beck et al., 1996; Beck and Steer, 1988; 1991).Особо отметим, что Д. Дугерти и его коллеги дают ссылку на работы, в которых импульсивность увязывалась с биологическими механизмами (Kety, 1990; Mann et al., 2001). Однако эти данные Д. Дугерти и его коллег в своей работе в качестве эвристического инструмента не используют. Наконец, авторы статьи упоминают только одно исследование (Kingsbury et al., 1999), в котором подтвердилась значимость связи между импульсивностью и суицидальным феноменом.
Основной вывод, к которому приходят Д. Дугерти и его коллеги, состоит в следующем: «Наше исследование показывает, что импульсивность (наряду с депрессией и потерей надежды) возрастает по самоотчетам и лабораторному тестированию поведения у подростков с ННСВ, совершивших попытку самоубийства, в сравнении с подростками с ННСВ, не совершавших такую попытку. Эти данные углубляют наше понимание отношений между импульсивностью, глубиной депрессии и суицидальностью у подростков с ННСВ. Импульсивность, по-видимому, является ключевым фактором риска у подростков с ННСВ, особенно у подростков с ННСВ, совершивших попытку самоубийства» (Dougherty, 2009, Р. 26).
Импульсивность, безусловно, может быть одним из искомых каузальных факторов суицидального феномена. Особенно, если она измеряется тщательными тестовыми методиками, близкими экспериментальным, в сочетании с клиническим наблюдением, как было сделано в рассматриваемом исследовании.
Однако, во-первых, нельзя ставить в один ряд импульсивность, как могущую иметь намного большую физиологическую составляющую, с депрессией и потерей надежды, как более относящиеся к внутренним психологическим процессам. По крайней мере, мы так можем думать, пока не будет доказано обратное, что не исключено: может оказаться, что депрессия тоже имеет существенный физиологический субстрат. Но разве можно говорить о том же в отношении потери надежды? Или мы просто терминологически (гносеологически) различаем депрессию и потерю надежды, в то время как в реальности (онтологически) их различать не следует? На эти вопросы могут дать ответы только будущие исследования, где будет стоять во главе угла выяснение вопроса о физиологическом субстрате данных психофизиологических процессов и явлений.
Во-вторых, и это не менее существенно, клиническое наблюдение фактически сводилось в данном исследовании к самоотчетам пациентов. Совершенно необходимо дополнять такие методы исследования непосредственными клиническими беседами, проводимыми в течение длительного времени. Только в таких беседах, проводимыми  коллективом исследователей, можно будет достаточно сблизиться с подростком (да и то не со всяким), чтобы судить о его сознании и личности. В свою очередь, такое сближение возможно только на основе открытия исследователем собственного сознания в общении с подростком и принятия им личностного участи в судьбе подростка (с вытекающей отсюда ответственностью). Также необходим тщательный сбор данных о социальной ситуации развития подростка посредством непосредственных контактов с родными, друзьями и знакомыми подростка. Готовы ли профессионалы, с медицинской подготовкой, к такому роду исследованию? Думается, что сотрудничество с психологами в проведении такого рода исследований совершенно необходимо.
Таким образом, дело не в том, что нет описательных феноменологических исследований суицидального феномена – их более, чем достаточно. Дело в том, чтобы тонко и умело сочетать в одном исследовании данные по физиологическим, психологическим, социологическим и другим процессам, полученные самыми разными методиками: клиническими, тестовыми, экспериментальными, дискурсивными, обучающими и т. д. Для методологического решения именно этой проблемы Л.С. Выготским был создан проект науки о детском развитии (педологии) (Выготский, 2001; анализ некоторых положений данного проекта в контексте культурно-исторической теории см.: Пономарев, 2009, С. 156–186).

**Список литературы:**

1. Beck A.T. Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. New York, USA 7 Harper and Row, 1967.
2. Beck, A.T., Steer R. Beck Hopelessness Scale Manual. The Psychological Corporation, San Antonio TX, 1988.
3. Beck, A., Steer R. Manual for the Beck Scale of Suicidal Ideation. The Psychological Corporation, San Antonio TX, 1991.
4. Beck, A., Steer, R., Brown, G.K. Beck Depression Inventory Manual, 2nd ed. The Psychological Corporation, San Antonio TX, 1996.
5. Coccaro E.F., Berman M.E., Kavoussi R.J. Assessment of life history of aggression: development and psychometric characteristics // Psychiatry Research, 1997. № 73. 147–157.
6. Dougherty D.M., Bjork J.M., Harper R.A., Marsh D.M., Moeller F.G., Mathias C.W.   Behavioral impulsivity paradigms: a comparison in hospitalized adolescents with disruptive behavior disorders // Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2003. № 44. Р. 1145–1157.
7. Dougherty D.M., Mathias C.W., Marsh D.M., Jagar A.A. Laboratory behavioral measures of impulsivity // Psychiatric Times, 2005. № 37. Р. 82–90.
8. Kety S.S. Genetic Factors in suicide: family, twin, and adoption studies // Blumenthal S.J., Kupfer D.J. (Eds.) Suicide over the Life Cycle: Risk Factors, Assessment, and Treatment of Suicidal Patients. American Psychiatric Press, Inc, Washington, DC, 1990.  Р. 135–153.
9. Kingsbury S., Hawton K., Steinhardt K., James A. Do adolescents who take overdoses have speciﬁc psychological characteristics? A comparative study with psychiatric and community controls // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1999. № 38. Р. 1125–1131.
10. McGee, R., & Williams, S. (2000). Does low self-esteem predict health compromising behaviors among adolescents? Journal of Adolescence, 23, 569 –582.
11. Mann J.J., Brent D.A., Arango V. The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: a focus on the serotonergic system // Neuropsychopharmacology, 2001. № 24. Р. 467–477.
12. Moeller F.G., Barratt E.S., Dougherty D.M., Schmitz J.M., Swann A.C. Psychiatric aspects of impulsivity // American Journal of Psychiatry, 2001. № 158. Р. 1783–1793.
13. Patton J.H., Stanford M.S., Barratt E.S. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale // Journal of Clinical Psychology, 1995. № 51. Р. 768–774.
14. Выготский Л.С. Мышление и речь. М., 1934.
15. Выготский Л.С. Лекции по педологии. Ижевск, 2001.
16. Лурия А.Р. Этапы пройденного пути. М., 2001.
17. Пономарев И.В. Возрастная социализация в традиционном обществе. М., 2009.