

А. П. Гелда¹, В. В. Голубович², О. В. Лисковский³, И. В. Быченко¹,
М. Л. Гнедько¹, Е. Г. Горюшкина¹, В. Н. Шаденко¹

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»¹,
ГУО «Институт повышения квалификации и переподготовки кадров
Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь»²,
УО «Белорусский государственный медицинский университет»³

На модельной когорте сплошного набора госпитальных случаев суицидальных попыток (01.01.2018 г. – 01.01.2020 г.) изучены социальные образцы суицидальности в детско-подростковом возрасте. Выборка исследования составила 186 случаев суицидальных попыток: 58 – совершенных лицами мужского пола (в среднем возрасте $17,0 \pm 0,15$ лет) и 128 – женского ($16,1 \pm 0,11$ лет; $p < 0,001$). Установлено, что в детско-подростковом возрасте значимо ассоциированные с суицидальным поведением среди мальчиков являются возраст 16–18 лет ($RR = 1,3$: 87,9 % к 68,8 % случаев самопокушений среди девочек; $p < 0,01$), среднее (среднее специальное) образование ($RR = 1,6$: 56,9 % к 35,9 %; $p < 0,01$), работающий подросток ($RR = 4,4$: 13,8 % к 3,1 %; $p < 0,01$), первичное самопокушение ($RR = 1,4$: 67,2 % к 47,7 %; $p < 0,01$), а среди девочек – возраст до 16 лет ($RR = 2,6$: 31,3 % к 12,1 % случаев самопокушений среди мальчиков; $p < 0,01$), неполное среднее образование ($RR = 1,5$: 64,1 % к 43,1 %; $p < 0,01$), учащийся СШ ($RR = 2,0$: 57,0 % к 29,3 %; $P < 0,001$), проживание в деформированной родительской семье ($RR = 2,3$: 28,1 % к 12,1 %; $p < 0,05$), повторное самопокушение ($RR = 1,6$: 53,3 % к 32,8 %; $p < 0,01$).

Ключевые слова: социальные факторы, суицидальная попытка.

**A. P. Gelda, V. V. Golubovich, O. V. Liskovski, I. V. Bychenko,
M. L. Hniadzko, E. G. Gorushkina, V. N. Shadenko**

SUICIDAL BEHAVIOR IN CHILDHOOD AND TEENAGE YEARS: THE RESEARCH OF SOCIAL CHARACTERISTICS

Social samples of suicidality in childhood and teenage years are studied in the exemplary cohort of solid set of hospital cases (01.01.2018 – 01.01.2020). The selection of the research consisted of 186 suicide attempts cases: 58 committed by males (average $17,0 \pm 0,15$ age) and 128 committed by females (average $16,1 \pm 0,11$ age; $p < 0,001$). It is found that age of 16–18 is significantly associated with suicidal behavior among males ($RR = 1,3$: 87,9 % to 68,8 % cases of self-attempts among females; $p < 0,01$), secondary (vocational) education ($RR = 1,6$: 56,9 % to 35,9 %; $p < 0,01$), employed adolescent ($RR = 4,4$: 13,8 % to 3,1 %; $p < 0,01$), primary self-attempt ($RR = 1,4$: 67,2 % to 47,7 %; $p < 0,01$); age of 16 among females ($RR = 2,6$: 31,3 % to 12,1 % cases of self-attempts among males; $p < 0,01$), incomplete secondary education ($RR = 1,5$: 64,1 % to 43,1 %; $p < 0,01$), high school student ($RR = 2,0$: 57,0 % to 29,3 %; $P < 0,001$), living in a deformed parental family ($RR = 2,3$: 28,1 % to 12,1 %; $p < 0,05$), repeated self-attempt ($RR = 1,6$: 53,3 % to 32,8 %; $p < 0,01$).

Key words: social factors, suicide attempt.

Предотвращение самоубийств и незавершенных суицидальных действий определяется как центральная стратегия в политике психического здоровья в странах мира, включая и в Беларуси [4]. Профилактические антисуицидальные стратегии основываются на идентифи-

кации групп населения избыточного суицидального риска, к которым, в частности, относится детско-подростковое население [9], и изучения особенностей суицидальных образцов (социальных, клинических, темпоральных, мотивационных и др.), санкционирующих высокий уровень

суицидальной активности [1, 8]. В то же время природа суицидального поведения среди детей и подростков не является достаточно изученной [2–3, 5–6].

Цель исследования – изучение основных социальных факторов высокого суицидального риска в детско-подростковом возрасте.

Материал и методы. Исследование выполнено на базе психоневрологических отделений для лечения кризисных состояний ГУ «РНПЦ психического здоровья» на модельной когорте лиц детско-подросткового возраста, совершивших суицидальную попытку.

Методология исследования – унифицированный международный исследовательский стандарт в области суицидологии [7], социальные образцы суицидальности, открытое рандомизированное сравнительное проспективное с параллельными группами сплошного набора исследовательского материала за период времени 01.01.2018 г. – 01.01.2020 г. при критериях включения контингента лиц в исследование: возраст 10–18 лет, переживаемый психологический кризис, саморазрушающее поведение (суицидальные попытки), обследование в первые 2 дня поступления в клинику, добровольное согласие на участие в исследовании (в возрасте до 14 лет – согласие родителей, опекунов).

Математический метод обработки материалов исследования в программно-аналитическом комплексе SPSS 17,0 for Windows включал описательную статистику, оценку точности и надежности числовых характеристик с проверкой нулевой гипотезы о равенстве/различии средних значений ($M \pm m$) и относительных величин частоты встречаемости признака в независимых выборках в режимах параметрической (t -критерий Стьюдента) и непараметрической (хи-квадрат Пирсона; χ^2) статистики при выбранном двухстороннем 95 % уровне значимости, а также включал анализ таблиц сопряженности с расчетом относительного риска (RR) и доверительных интервалов (95 % CI). Для оценки нормальности распределения использовался критерий Колмогорова-Смирнова.

Аналізу подвергнуто 186 случаев суицидальных попыток (в возрасте от 12 до 18 лет): 58 – совершенных лицами мужского пола (39 жителями городской местности и 19 сельской) и 128 –

женского (соответственно, 99 и 29 случаев) (в 2,1–3,4 раза при случайности распределения более представительны городские когорты парасуицидентов: 67,2–77,3 % случаев против 22,7–32,8 %; $p = 0,144$).

Основная накопительная масса случаев суицидальных попыток приходилась на самопокушения посредством самоповреждений острыми предметами (X78): 54,4 % случаев в мужской и 59,4 % в женской выборках парасуицидентов ($p > 0,05$) и на самопокушения посредством самоотравления медицинскими или токсическими препаратами агрохимии/бытовыми (X60-X69): соответственно, 22,4 и 32,8 % ($p > 0,05$), а преимущественно диагностированными на момент обследования парасуицидентов детско-подросткового возраста являлись связанные со стрессом невротические расстройства и нарушения адаптации (F41.2; F43.2): 62,1 и 59,4 % случаев в выборках парасуицидентов мужского и женского пола соответственно ($p > 0,05$).

Результаты и обсуждение. Анализ социальных образцов суицидальности проведен в оценочном сопоставлении взаимосвязи составляющих частей (элементов) изучаемого явления и с учетом межполовых различий экстенсивных показателей в мужской и женской выборках парасуицидентов детско-подросткового возраста (таблица).

Половозрастные различия. Средний возраст в исследуемых выборках парасуицидентов детско-подросткового возраста – 1,1-кратное превышение показателя в мужской против женской (соответственно, $17,0 \pm 0,15$ лет и $16,1 \pm 0,11$ лет; $t = 5,074$ и $p = 0,000001$). При неслучайной закономерности частотного распределения случаев в изучаемых возрастных диапазонах ($\chi^2 = 7,8$; $p = 0,005$) в мужской выборке парасуицидентов в возрастном диапазоне до 16 лет доля случаев самопокушений составила 12,1 % (2,6-кратное понижение таковой против 31,3 % случаев в женской выборке; для женской выборки суицидальный риск $RR = 2,59$; 95 % CI [1,24–5,43]; $p < 0,01$) и в возрастном диапазоне 16–18 лет – 87,9 % (1,3-кратное превышение таковой против 68,8 % случаев в женской выборке; для мужской выборки $RR = 1,28$; 95 % CI [1,10–1,49]; $p < 0,01$). Следует отметить, что с учетом соблюдения крите-

Таблица. Социальная характеристика суицидальности в детско-подростковом возрасте

Показатель	Оба пола (n = 186)	Мужчины (n = 58)	Женщины (n = 128)	p
Средний возраст, лет	16,4 ± 0,09	17,0 ± 0,15	16,1 ± 0,11	< 0,001
Возрастные диапазоны, лет:				
до 16	47 (25,3)	7 (12,1)	40 (31,3)	
16–18	139 (74,7)	51 (87,9)	88 (68,8)	
		$\chi^2 = 7,777$; p = 0,005		
Уровень образования:				
неполное среднее	107 (57,5)	25 (43,1)	82 (64,1)	
среднее, (среднее специальное)	79 (42,5)	33 (56,9)	46 (35,9)	
		$\chi^2 = 7,171$; p = 0,007		
Семейное положение (состав семьи):				
проживает в полной родительской семье	48 (25,8)	16 (27,6)	32 (25,0)	
проживает в неполной родительской семье	59 (31,7)	22 (37,9)	37 (28,9)	
проживает в деформированной родительской семье	43 (23,1)	7 (12,1)	36 (28,1)	< 0,05
проживает с другими родственниками	11 (5,9)	3 (5,2)	8 (6,3)	
проживает в госучреждении	25 (13,4)	10 (17,2)	15 (11,7)	
		$\chi^2 = 6,563$; p = 0,161		
в т. ч. семейная дезинтеграция:				
семья: неполная/деформированная, родственников	113 (60,8)	32 (55,2)	81 (63,3)	
Общественно-профессиональное положение:				
учащийся СШ	90 (48,4)	17 (29,3)	73 (57,0)	< 0,001
студент колледжа	67 (36,0)	25 (43,1)	42 (32,8)	
студент ВУЗа	9 (4,8)	4 (6,9)	5 (3,9)	
работает	12 (6,5)	8 (13,8)	4 (3,1)	< 0,01
не работает в трудоспособном возрасте	8 (4,3)	4 (6,9)	4 (3,1)	
		$\chi^2 = 16,611$; p = 0,002		
Место совершения:				
квартира/дом/общежитие, где проживает	144 (77,4)	41 (70,1)	103 (80,5)	
квартира/дом/общежитие родственников/знакомых	8 (4,3)	2 (3,4)	6 (4,7)	
места общественного пользования	27 (14,5)	12 (20,7)	15 (11,7)	
другие	7 (3,8)	3 (5,2)	4 (3,1)	
		$\chi^2 = 3,293$; p = 0,349		
Суицидально-биографические:				
первичное самопокушение	100 (53,8)	39 (67,2)	61 (47,7)	
повторное самопокушение	86 (46,2)	19 (32,8)	67 (53,3)	
		$\chi^2 = 6,159$; p = 0,013		
в т. ч. повторное самопокушение:				
в течение последних 12 месяцев	52 (28,0)	13 (22,4)	39 (30,5)	
в т. ч. повторное самопокушение – всего случаев:				
1 случай	41 (22,0)	10 (17,2)	31 (24,2)	
2 случая	25 (13,4)	3 (5,2)	22 (17,2)	
3 и более случаев	20 (10,8)	6 (10,3)	14 (10,9)	
		$\chi^2 = 2,332$; p = 0,312		

Примечания: 1 – в абсолютном (число случаев) и относительном (%) исчислении от общего числа случаев суицидальных попыток в соответствующих выборках парасуицидентов; 2 – достоверность различий показателей (p) при межвыборочном сопоставлении по t-критерию Стьюдента / χ^2 – хи-квадрату Пирсона.

риев включения детей и подростков, совершивших акты суицидальной агрессии и госпитализированных по этой причине в психиатрический стационар, в нашем исследовании минимальный возраст в женской выборке парасуицидентов был 12 лет, в мужской – 14 лет.

То есть при неслучайной закономерности (p < 0,01) более значимо дезинтегративными возрастными факторами формирования суицидального поведения в детско-подростковом возрасте являются возраст до 16 лет среди девочек (RR = 2,6: 31,3 % к 12,1 % случаев самопоку-

шений) и возраст 16–18 лет – среди мальчиков (RR = 1,3: 87,9 % к 68,8 %).

Различия по уровню образования. Из всей совокупности суицидальных попыток в выборках парасуицидентов мужского и женского пола при неслучайной закономерности ($\chi^2 = 7,2$; $p = 0,007$) 43,1–64,1 % были совершены лицами с неполным средним образованием (для женской выборки RR = 1,49; 95 % CI [1,08–2,05]; $p < 0,01$) и 35,9–56,9 % – со средним (средним специальным) (для мужской выборки RR = 1,58; 95 % CI [1,15–2,19]; $p < 0,01$).

То есть при неслучайной закономерности ($p < 0,01$) более значимо деинтегративными факторами образовательного ценза (уровня образования) формирования суицидального поведения в детско-подростковом возрасте являются неполное среднее образование у девочек (RR = 1,5: 64,1 % к 43,1 %) и среднее (среднее специальное) – у мальчиков (RR = 1,6: 56,9 % к 35,9 %).

Различия по семейному положению (составу семьи). Случайное долевое распределение исследуемых показателей «семейного положения» ($\chi^2 = 6,6$ и $p = 0,161$) при их отличии от гендерного различия ($0,05 < p > 0,05$): 25,0–27,6 % парасуицидентов проживали в полной родительской семье, 28,9–37,9 % – в «неполной» (в 1,3 раза выше показатель в мужской выборке), 12,1–28,1 % – в «деформированной» (с отчимом, мачехой) (в 2,3 раза выше показатель в женской выборке при $\chi^2 = 5,8$ и $p = 0,016$ и RR = 2,33; 95 % CI [1,10–4,92]; $p < 0,05$), 5,2–6,3 % – в семьях других родственников (как правило, с бабушкой и дедушкой) (в 1,2 раза выше показатель в женской выборке) и 11,7–17,2 % – проживавших на момент совершения самопокушения в госучреждении (в общежитиях колледжа, вуза, места работы) (в 1,5 раза выше показатель в мужской выборке). Совокупный показатель «семейной дезинтеграции» (родительская семья неполная, деформированная или проживает в семье других родственников) был в 1,1 раза выше в женской выборке парасуицидентов (63,3 % случаев против 55,2 % в мужской; $p > 0,05$).

То есть при случайной закономерности ($p > 0,05$) в мужской и женской выборках парасуицидентов детско-подросткового возраста преобладали лица (25,0–27,6 %), проживав-

шие в полной родительской семье или в неполной (28,9–37,9 %), при менее выраженном накоплении массива случаев проживания в деформированной родительской семье (12,1–28,1 %), самостоятельно в госучреждении (11,7–17,2 %) или в семьях других родственников (5,2–6,3 %). Фактор семейной дезинтеграции являлся высоко значимым как в мужской, так и в женской выборках парасуицидентов (55,2–61,3 % случаев самопокушений при RR = 1,1 для девочек; $p > 0,05$), особый вклад в формирование которого внесли случаи самопокушений детьми и подростками, проживавшими в деформированной родительской семье (для девочек RR = 2,3: 28,1 % к 12,1 %; $p < 0,05$).

Различия по общественно-профессиональному положению. Анализ материалов таблицы указывает на неслучайность закономерности ($\chi^2 = 16,6$; $p = 0,002$) долевого распределения случаев разного общественно-профессионального положения в искомым выборках парасуицидентов мужского и женского пола: долей учащихся СШ, соответственно, 29,3 % и 57,0 % ($\chi^2 = 12,3$ и $p = 0,0005$; RR = 1,95 при 95 % CI [1,27–2,98]; $p < 0,001$), студентов колледжа – 43,1 % и 32,6 %, студентов вуза – 6,9 % и 3,9 %, работающих лиц – 13,8 % и 3,1 % ($\chi^2 = 7,5$ и $p = 0,006$; RR = 4,41 при 95 % CI [1,38–14,07]; $p < 0,01$) и неработающих лиц в трудоспособном возрасте (возрасте 16 лет и старше) – 6,9 % и 3,1 %.

То есть при неслучайной закономерности ($p < 0,01$) значимо деинтегративными факторами общественно-профессионального положения формирования суицидального поведения в детско-подростковом возрасте являются среди мальчиков статусное положение «студент колледжа» (RR = 1,3: 43,1 % к 32,8 %; $p > 0,05$) и «работающий» (RR = 4,4: 13,8 % к 3,1 %; $p < 0,01$), а среди девочек – «учащийся СШ» (RR = 2,0: 57,0 % к 29,3 %; $p < 0,001$).

Различия по месту совершения самопокушения. Случайная закономерность изучаемого явления ($\chi^2 = 3,3$; $p = 0,349$) при доминирующем преобладании случаев самопокушений в местах постоянного проживания (собственная квартира, частный дом, общежитие) – 70,1–80,5 % (RR = 1,1 для девочек; $p > 0,05$), в 3,4–6,9 раза ниже распространенность попыток к самопокушению в местах общественного пользования –

11,7–20,7 % (RR = 1,8 для мальчиков; $p > 0,05$) и минимальные случаи самопокушений в жилых помещениях родственников, знакомых или в других местах – 3,1–5,2 % (совокупный RR = 1,1 для мальчиков; $p > 0,05$).

То есть в детско-подростковом возрасте при переживании психотравмирующего события наиболее суицидоопасным местом совершения нефатального самопокушения являются места постоянного проживания (собственная квартира, частный дом, общежитие): 70,1–80,5 % случаев (RR = 1,1 для девочек; $p > 0,05$) и значительно реже – места общественного пользования: 11,7–20,7 % (RR = 1,8 для мальчиков; $p > 0,05$) (или иные – 3,1–5,2 %; совокупный RR = 1,1 для мальчиков; $p > 0,05$).

Суицидально-биографические различия. В искомым выборках парасуицидентов детско-подросткового возраста в определенной степени прослеживалась взаимосвязь типа суицидального поведения с полом ($\chi^2 = 6,2$; $p = 0,013$). Так, в мужской выборке парасуицидентов преобладали случаи первичной суицидальной агрессии (67,2 % к 47,7 %; RR = 1,41 при 95 % CI [1,09–1,88]; $p < 0,01$), а в женской – повторной (53,3 % к 32,8 %; RR = 1,60 при 95 % CI [1,07–2,39]; $p < 0,01$). Кроме того, в женской выборке парасуицидентов была выше (в 1,4 раза) вероятность совершить повторное самопокушение в течение последующих 12 месяцев после совершенного первичного (30,5 % случаев к 22,4 % таковым в мужской выборке; $p > 0,05$). Также женская выборка парасуицидентов характеризовалась более выраженной отягощенностью суицидальной истории по количеству случаев повторных актов суицидальной агрессии (2-х и более повторных самопокушений при суммарном RR = 1,8: 28,1 % к 15,5 % случаев в мужской выборке; $p > 0,05$).

То есть в детско-подростковом возрасте при переживании психотравмирующего суицидоопасного события пол в определенной степени ассоциируется с типом суицидального поведения: для мальчиков избыточный риск первичного самопокушения (RR = 1,4: 67,2 % к 47,7 % случаев самопокушений; $p < 0,01$), а для девочек – повторного (RR = 1,6: 53,3 % к 32,8 %; $p < 0,01$), включая для девочек избыточный риск совершить повторное самопокушение в течение последующих 12 месяцев после совершенного

первичного (RR = 1,4: 30,5 % к 22,4 %; $p > 0,05$) и избыточное накопление анамнестических случаев 2-х и более повторных актов суицидальной агрессии (суммарный RR = 1,8: 28,1 % к 15,5 %; $p > 0,05$).

Таким образом, в детско-подростковом возрасте при переживании психотравмирующего суицидоопасного события дезинтегративными возрастными факторами формирования суицидального поведения являются возраст до 16 лет среди девочек (RR = 2,6: 31,3 % к 12,1 % случаев самопокушений; $p < 0,01$) и возраст 16–18 лет – среди мальчиков (RR = 1,3: 87,9 % к 68,8 %; $p < 0,01$), статусные категории образовательного ценза: «неполное среднее образование» у девочек (RR = 1,5: 64,1 % к 43,1 %; $p < 0,01$) и «среднее (среднее специальное)» – у мальчиков (RR = 1,6: 56,9 % к 35,9 %; $p < 0,01$), общественно-профессионального положения: «студент колледжа» (RR = 1,3: 43,1 % к 32,8 %; $p > 0,05$) и «работающий» (RR = 4,4: 13,8 % к 3,1 %; $p < 0,01$) среди мальчиков и «учащийся СШ» (RR = 2,0: 57,0 % к 29,3 %; $p < 0,001$) среди девочек, семейного положения «проживания в неполной или в деформированной родительской семье, в семье близких родственников» (совокупно: 55,2–61,3 % случаев; RR = 1,1 для девочек; $p > 0,05$) и в особенности «проживания в деформированной родительской семье» (для девочек RR = 2,3: 28,1 % к 12,1 %; $p < 0,05$), а также статусные категории места совершения суицидального действия как «постоянного проживания в собственной квартире (частном доме, общежитии)» (70,1–80,5 %; RR = 1,1 для девочек; $p > 0,05$) или «места общественного пользования» (11,7–20,7 %; RR = 1,8 для мальчиков; $p > 0,05$).

Отмечена ассоциированная взаимосвязь пола и типа суицидального поведения: для мальчиков избыточный риск первичного самопокушения (RR = 1,4: 67,2 % к 47,7 % случаев самопокушений; $p < 0,01$), а для девочек – повторного (RR = 1,6: 53,3 % к 32,8 %; $p < 0,01$), в том числе более высокой вероятности повторного самопокушения в течение последующих 12 месяцев после совершенного первичного (RR = 1,4: 30,5 % к 22,4 %; $p > 0,05$) и худшей отягощенности суицидальной историей случаями 2-х и более актов повторной суицидальной агрессии (суммарный RR = 1,8: 28,1 % к 15,5 %; $p > 0,05$).

Литература

1. Войцех, В. Ф. Суицидология / В. Ф. Войцех. – М.: Миклоша, 2008. – 280 с.
2. Григоренко, Е. А. Проблема суицидального поведения подростков (обзор литературы) [Электронный ресурс] / Е. А. Григоренко // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2016. – № 5. – С. 40–45. – Режим доступа: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=926>. – Дата доступа: 01.04.2020.
3. Казакова, Д. Ю. Проблема подросткового суицида в современной России / Д. Ю. Казакова, В. А. Лapidus // Фундаментальные и прикладные исследования: проблемы и результаты. – 2013. – № 9. – С. 131–135.
4. Комплекс мер по профилактике суицидального поведения населения Республики Беларусь на 2015–2019 годы, утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь от 07.04.2015 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://spc.berestovica.edu.by/ru/main.aspx?guid=2212>. – Дата доступа: 01.04.2020.
5. Лукашук, А. В. Характеристика детских и подростковых суицидов (обзор литературы) / А. В. Лукашук, М. Д. Филиппова, О. Ю. Сомкина // Российск. мед.-биолог. вестн. им. акад. И. П. Павлова. – 2016. – № 2. – С. 137–143.
6. Суицидальное поведение у подростков / Ю. В. Попов, А. А. Пичиков. – СПб.: СпецЛит, 2017. – 366 с.
7. EPSIS II Version 3.2 Follow-up interview / A. J. F. M Kerkhof [et al.]. – Geneva: WHO Collaborating Centre for Prevention of Suicide, 1990. – 64 p.
8. *The interpersonal theory of suicide* / K. A. van Orden [et al.] // Psychol. Rev. – 2010. – Vol. 117 (2). – P. 575–600.
9. *World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. – Geneva: World Health Organization; 2017. – 103 p.

References

1. *Vojceh, V. F. Suicidology* / V. F. Vojceh. – M.: Miklosa, 2008. – 280 s.
2. *Grigorenko, E. A. The problem of adolescent suicidal behavior (literature review)* [Electronic resource] / E. A. Grigorenko // *Nauchnoe obozrenie. Medicinskie nauki*. – 2016. – № 5. – P. 40–45. – Access of mode: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=926>. – Date of access: 01.04.2020.
3. *Kazakova, D. Ju. The problem of teenage suicide in modern Russia* / D. Ju. Kazakova, V. A. Lapidus // *Fundamental'nye i prikladnye issledovanija: problemy i rezul'taty*. – 2013. – № 9. – P. 131–135.
4. *A set of measures to prevent suicidal behavior of the population of the Republic of Belarus for 2015–2019, approved by Ministry of Health of the Republic of Belarus from 07.04.2015* [Electronic resource]. – Access of mode: <http://spc.berestovica.edu.by/ru/main.aspx?guid=2212>. – Access date: 01.04.2020.
5. *Lukashuk, A. V. Characteristics of child and adolescent suicides (literature review)* / A. V. Lukashuk, M. D. Filippova, O. Ju. Somkina // *Rossijsk. med.-biolog. vestrn. im. akad. I. P. Pavlova*. – 2013. – № 9. – P. 137–143.
6. *Suicidal behavior in adolescents* / Ju. V. Popov, A. A. Pichikov. – Sankt-Peterburg: SpecLit, 2017. – 366 s.
7. *EPSIS II Version 3.2 Follow-up interview* / A. J. F. M Kerkhof [et al.]. – Geneva: WHO Collaborating Centre for Prevention of Suicide, 1990. – 64 p.
8. *The interpersonal theory of suicide* / K. A. van Orden [et al.] // *Psychol. Rev.* – 2010. – Vol. 117 (2). – P. 575–600.
9. *World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. – Geneva: World Health Organization; 2017. – 103 p.

Поступила 9.07.2020 г.