

---

## Аксиологическая и личностно-ориентированная основа сотрудничества и взаимодействия субъектов образовательной среды

---

### Факторы суицидального риска в запросах абонентов телефона доверия

**Ермолаева А.В.**

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва,  
Российская Федерация*

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5623-6248>, e-mail: [ermolaevaav@mgppu.ru](mailto:ermolaevaav@mgppu.ru)*

---

*В статье рассматриваются практические аспекты консультирования психолога дистанционной психологической службы (телефона доверия) абонентов с суицидальными тенденциями. К потенциальным факторам риска формирования антивитальных переживаний можно отнести предыдущий опыт абонента, личностные особенности и акцентуации характера, переживание острых и хронических психотравмирующих событий в прошлом.*

**Ключевые слова:** *суицид, суицидальное поведение, факторы суицидального риска, самоповреждающее поведение, телефон доверия, телефонное консультирование.*

---

**Для цитаты:** *Ермолаева А.В. Факторы суицидального риска в запросах абонентов телефона доверия [Электронный ресурс] // Вестник практической психологии образования. 2021. Том 18. № 1. С. 106–114. DOI:10.17759/bppe.2021180112*

---

## Suicidal Risk Factors in Inquiries Helpline Subscribers

**Anna V. Ermolaeva**

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia*

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5623-6248>, e-mail: [ermolaevaav@mgppu.ru](mailto:ermolaevaav@mgppu.ru)*

---

*The article deals with the practical aspects of counseling a psychologist of a remote psychological service (helpline) for subscribers with suicidal tendencies. Potential risk factors for the formation of anti-vital experiences include the subscriber's previous experience, personal characteristics and character accentuations, and the experience of acute and chronic psychotraumatic events in the past.*

---

**Keywords:** *suicide, suicidal behavior, suicide risk factors, self-harming behavior, helpline, telephone counseling.*

---

**For citation:** Ermolaeva A.V. Suicidal Risk Factors in Inquiries Helpline Subscribers. *Vestnik prakticheskoi psikhologii obrazovaniya = Bulletin of Practical Psychology of Education*, 2021. Vol. 18, no. 1, pp. 106–114. DOI:10.17759/bppe.2021180112 (In Russ.).

---

## Введение

Работа консультанта телефона доверия нередко сопряжена с обращениями абонентов с суицидальными тенденциями. По данным анализа обращений «Детского телефона доверия» Центра экстренной психологической помощи ФГБОУ ВО МГППУ, такие обращения составляют до 5% (от всех поступающих обращений по данным за 2020 год). Среди них обращения детей и подростков с суицидальным поведением составляют до 2% от всех поступающих обращений (по данным за 2020 год).

Согласно А.Г. Амбрумовой, суицидальное поведение рассматривается как «разновидность общеповеденческих реакций человека в экстремальных ситуациях по всему континууму индивидуальных вариаций — от безусловной психической нормы до выраженной патологии» [1]. В основе формирования суицидального поведения лежит социально-психологическая дезадаптация личности, развивающаяся в условиях переживаемого личностью микросоциального конфликта. «Объективно дезадаптация проявляется в поведении человека, в среде ближайшего социального окружения, ограничением возможности справляться со своими социальными функциями. Субъективным выражением дезадаптации является широкая гамма психоэмоциональных переживаний (тревоги, горя, душевной боли, обиды, стыда, возмущения, злобы, гнева)». Суицидальное поведение находится на континууме от антивитаальных переживаний, отдельных действий до серьезных попыток завершеного суицида [1].

Совокупность факторов суицидального риска может дать консультанту представление о том, насколько вероятен суицид у данного абонента. При этом нельзя говорить о том, что определенное количество факторов в совокупности может дать нам 100% абонента с суицидальными тенденциями. Все очень индивидуально. Важная задача консультанта телефона доверия — слушать абонента, фиксировать возможные риски развития суицидального поведения, антивитаальные переживания, пассивные суицидальные мысли, суицидальные замыслы, антисуицидальные высказывания с целью построения той стратегии кризисной помощи, которая не только удержит на данный момент от совершения суицида, но и даст надежду на разрешение ситуации и его состояния в будущем.

Их можно маркировать как факторы, имеющие потенциальный характер (background) в развитии суицидального поведения и раскрывающие свой негативный характер при определенных условиях через ситуации к проявлениям кризисного суицидального состояния.

К потенциальным факторам риска суицидального поведения можно отнести следующие факторы, которые консультант выделяет из истории абонента.

**I. Опыт переживаний.** Абонент рассказывает, что недавно (до полугода) им была совершена суицидальная попытка. Консультирование может осложняться ситуацией, когда мы слышим, что после попытки суицида ситуация, приведшая к ней, не изменилась, подросток не оказался в центре внимания психологов, психотерапевтов, а родители «делают вид, что ничего не было».

*Пример обращения: абонентка (16 лет) звонит в истерике, плачет. Начала с того, что собирается покончить с собой, попытки также были и ранее. По ее словам, мать требует от нее только отличных оценок, а если их нет — ругает, унижает, может ударить. При этом мать требует от абонентки благодарности, потому что, по ее словам, абонентка очень хорошо живет. Абонентка занимается самоповреждением, а мама ей часто угрожает «обращением к психиатру», из-за чего становится только тяжелее. Абонентка чувствует себя очень виноватой, так как она не соответствует ожиданиям мамы, а если папа пытается за нее вступить, то «из-за нее» ссорятся родители. Запрос на помощь в поиске ресурсов — как дожить до совершеннолетия, чтобы освободиться от давления родителей.*

Предыдущая суицидальная попытка сама по себе является самым важным возможным показателем будущего самоубийства. Наличие их в истории жизни несовершеннолетнего повышает риск ее повторения на 30% [10]. Предыдущий суицидальный опыт обостряет суицидальные мысли и модели поведения таким образом, что с течением времени они становятся более активными и открытыми. Суицидальные попытки, совершенные нетривиальными методами, а также попытки с серьезными медицинскими последствиями являются индикатором возможного суицидального поведения и повторных попыток, а также тенденцией к тому, что суицид будет завершен в будущем [4].

Необходимо принимать во внимание информацию, были ли среди родственников подростка покончившие жизнь самоубийством. А также его отношение к их самоубийству, отношение как человеку, есть ли элемент подражательности или, наоборот, страх перед повторением.

Важна любая информация об употреблении наркотиков, «несерьезное» отношение к последствиям их приема. Длительность и периодичность употребления. Следует принимать во внимание, что 80% суицидов у взрослых и до 30% у несовершеннолетних совершаются в состоянии измененного сознания.

Индикатором является рассказ подростка о самоповреждениях. Самоповреждающее поведение определяется как «умышленное или совершаемое неосознанно физическое повреждение себе самому, чреватое серьезной патологией и даже гибелью» [3]. Считается, что средний показатель количества самоповреждающего поведения у подростков составляет 10–13%. Причем среди европейских подростков девушки в среднем в три раза чаще говорят о случаях самоповреждения, чем юноши [8]. В международном европейском эпидемиологическом исследовании (подростки из семи европейских стран) показатели оказались выше: 11,5% случаев самоповреждения в течение года и у 17,8% выборки эпизоды нанесения себе вреда в течение жизни (цит. по [7]). По предварительным данным на основании опроса [7] около 4000 подростков из 3 регионов России, процент риска самоповреждающего поведения колебался от 12% до 25% в зависимости от региона [2].

Любое самоповреждение — это послание к другим или к себе. К другим — «обратите на меня внимание, мне плохо!», «не трогайте меня, а то будет еще хуже!». К себе — «я наказываю себя», «я могу хоть что-то сделать». Любое послание, если оно не услышано и не пережито с кем-то, может привести к развитию суицидального поведения. Важно отметить, что подростки часто несерьезно относятся к употреблению «простых» терапевтических препаратов (аспиринсодержащие), а употребление их с целью «попугать» родителей может приводить к летальному исходу.

В ходе работы с подростком необходимо прояснить следующие вопросы:

- способ, которым подросток наносит себе самоповреждение;
- какие обстоятельства сопутствуют или предшествуют моменту самоповреждения;
- кому подросток рассказывал о своих самоповреждающих действиях и как они к этому относятся;

- какие мысли или чувства были у подростка в момент или при планировании самоповреждения;
- является ли самоповреждение путем к лишению себя жизни;
- какой основной мотив самоповреждения он может обозначить;
- были ли раньше попытки самоповреждения и как часто;
- как подросток сейчас поступил бы в ситуации, когда хочется совершить самоповреждающие действия.

**II. Личностные особенности, акцентуации характера.** По данным отечественных и зарубежных исследователей, акцентуации в сочетании с тревожно-депрессивными состояниями повышают риск развития суицидов до 80% [2]. Можно выделить два наиболее часто встречающихся суицидоопасных типа личности.

Первый обобщенный тип — если мы слышим раздражение, дисфорию на все без исключения происходящее, подчеркивание своей исключительности при обесценивании, обвинении других, склонность к импульсивной разрядке напряженности, неоднократные самоповреждения в истории жизни, недостаточная рефлексивность и эмпатичность, личностная незрелость. Подростки с внешним перфекционизмом, ориентированным на достижение, при нереализации цели могут испытать нарциссический кризис. Суицид может развиваться быстро по типу аффективной разрядки, и мотивом чаще всего является протест или месть [2].

*Пример обращения: позвонила девушка А., 16 лет. В начале беседы никакого запроса нет, речь ускоренная, эмоциональная, в форме монолога, в трубке слышны удары по чему-то твердому. Практически крича, сообщает, что «ненавидит этот мир, школу, учителей, родителей, ненавидит себя». На вопрос «за что?», плача, отвечает «не знаю». На вопрос «что Вы сейчас делаете, что с Вами происходит?» отвечает, практически крича, — «пытаюсь прийти в себя», «справиться с бешенством». Сообщает, что пять минут назад разбила любимую кружку отца, на вопрос «насколько это помогает?», отвечает, что «чувство боли всегда помогало вернуться в реальность». На вопрос консультанта, «что значит вернуться в реальность и что значит быть не в реальности?», отвечает, что вне реальности «это как будто одержимость ненавистью ко всем и себе», кода «ничего вокруг не видишь и никого не хочешь слышать» и «не жалко ни себя, ни окружающих». От суицида останавливал страх. Подтверждает, что такие состояния были и раньше. Обратилась на телефон доверия, так как боится обращаться очно, потому что сочтут за сумасшедшую. В конце прояснения проблемы запрос — «что мне делать?».*

Второй обобщенный тип — если консультант слышит тему несправедливости с глубоким переживанием, невозможностью решить или повлиять на ситуацию, тему свободы и несвободы, тему разочарованности миром с переживаниями глубокого одиночества. Смысловая составляющая любого события является главной в жизни. При этом в беседе подросток рефлексивен, но может вести себя вызывающе, эпатажно, вызывая раздражение, разговаривая по принципу «вы не спросили, я не сказал». Подростки с внутренним перфекционизмом, ориентированным на внутренние правила, при разочаровании в себе, своих силах могут через чувство вины прийти к идее суицида. Суицид как продуманный акт от чувства собственного бессилия, самонаказания (с развитым чувством вины).

**III. Острые и хронические психотравмирующие ситуации.** Подростки нередко сталкиваются со сложными жизненными ситуациями, при этом важна не только реакция подростка на данное событие, но и реакция его родителей, если им известно о факте ситуации. Рассмотрим наиболее часто встречающиеся травмирующие ситуации, которые могут вызвать не просто негативные мысли у подростка, а, в том числе, и суицидальные тенденции.

1. Проблемы, которые были или остаются в семье: сексуальные домогательства, физическое, психологическое насилие. Часто подросток в беседе будет говорить о том, что он должен, но никогда не может сделать что-либо хорошо или изменить данную ситуацию, особенно если она носит затяжной характер. Часто причиной суицидального поведения у подростков являются острые или хронические неразрешимые, с его точки зрения, ситуации в семье.

2. Смерть близкого человека (родителя, родственника, друзей). Важным моментом в разговоре является отношение подростка к смерти значимого другого. Одним из суицидоопасных переживаний является чувство вины. Чувство вины фиксирует травматические переживания, рождая чувство бессилия и необходимость наказания себя. Особенное внимание в ситуации смерти близкого необходимо обратить при консультации родителя ребенка младшего и среднего школьного возраста. Несформированность представлений о смерти как о конечности жизни при высказанных близкими идеях о факте смерти умершего может порождать желание воссоединения с ним. Идеи воссоединения с умершим встречаются и в более старшем возрасте, что также требует предельного внимания и уточнения в разговоре с абонентом. Смерть животного, за которого подросток нес ответственность (был эмоционально привязан), при невнимательности к происходящему со стороны близких порождает обиду, переживания непонимания, одиночества, что также может послужить развитию суицидальных мыслей.

3. Непредвиденная беременность, венерическое заболевание порождает страх перед осуждением и наличие мыслей о суициде как о выходе из ситуации.

4. Развод родителей может одновременно усиливать страх потери (при усилении переживаний страх смерти родителей), это порождает чувство вины через ответственность за происходящее, усиливая переживания собственного бессилия и формируя суицидальные мысли.

5. Буллинг. Травля в школе, ощущение безвыходности ситуации, эмоциональное давление, отсутствие поддержки взрослых в вопросе, который подросток не может решить сам, — все это делает буллинг мотиватором суицидального поведения. J. F. Sigurdson и соавторы [9] на основании проведенных исследований считают, что травля является самой распространенной причиной самоубийств в мире.

6. Неуспеваемость является возможной причиной наличия суицидальных мыслей, особенно в выпускных классах и в предэкзаменационный период (май). Страх перед наказанием за неуспеваемость, отягощаемый прогулами, является значимым ситуационно-личностным фактором в развитии суицидального поведения.

7. Неизлечимая, прогрессирующая болезнь. Кроме онкологических заболеваний сюда необходимо отнести психические расстройства, а также такое наиболее часто встречающееся неврологическое заболевание, как эпилепсия. Понимание неизлечимости заболевания, ухудшение со временем как психического, так и соматического состояния, стигматизация, сложности социализации приводят к переживаниям безысходности и, как следствие, к развитию суицидальных переживаний.

8. Смерть кумира. Суицидальное поведение развивается через механизм идентификации с кумиром, а не просто через механизм подражания. Подросток уверен, что Я и Я кумира идентичны, нет кумира — нет меня. Развивается чаще у инфантильных личностей с низким уровнем дифференциации своего Я.

9. Подростки нетрадиционной ориентации, трансгендеры. При консультировании важно иметь в виду, что развитие суицидального поведения в этой группе подростков возможно не только из-за буллинга, из-за того, что общество не принимает позицию подростка, но и наоборот — потому что сам подросток не принимает общество, расценивает его как изначально враждебно настроенное к нему. За неприятием своего пола, своего тела может лежать синдром дисморфо-

бии, изменяя свой пол, свое тело, люди часто остаются разочарованными в результатах, что также может способствовать развитию суицидального поведения.

Актуальным фактором риска развития суицидального поведения является само кризисное состояние абонента (кризисный суицидальный синдром).

Первое, что должен сделать консультант телефона доверия при поступлении кризисного обращения, — это обнаружение словесных посланий (прямых или косвенных), которые могут быть индикаторами суицидальных мыслей или тенденций. Задача телефонного консультанта — исключить или подтвердить суицидальные тенденции абонента. Это нужно, прежде всего, для того, чтобы консультация не ушла не в то русло и чтобы консультант работал с правильным запросом абонента. Приведем пример.

*Пример обращения: в ночное время на телефон доверия звонит мужчина примерно 40 лет. Он говорит о потере работы и что он очень долго не может найти новую. Что от него ушла жена из-за постоянных конфликтов, с друзьями они давно не видятся, потому что дороги разошлись. При расспросе абонент делает запрос на поиск работы, восстановление жизненной стабильности в профессиональной и личной жизни. При этом использует фразы «Я больше ничего не в состоянии сделать», «Ей будет лучше без меня», «Жизнь ничего не стоит», «Вы моя последняя надежда».*

О чем будет говорить неопытный консультант? О поиске работы в газетах, Интернете. О знакомствах и ресурсах на новые отношения. Да, это тоже может быть частью рекомендаций. Однако главное в этом не пропустить опасность развития суицидальных намерений, планов и возможности их осуществления. Поэтому, если консультант слышит любое прямое или косвенное высказывание о желании покончить с собой, с «этой жизнью», необходимо максимально спокойно прояснить, что абонент имел в виду, с уточнением наличия суицидальных замыслов.

Далее рассмотрим, по каким признакам консультант телефона доверия может определить степень суицидального риска у абонента, поэтому второй ответственной задачей является оценка степени «летальности» ситуации. И третьей важной задачей телефонного консультирования является проявление мягкой и осторожной заботы об абоненте, чтобы он решился на такой образ действий, который исключает самоубийство, по крайней мере, в данный момент времени.

К актуальным факторам риска развития суицидального поведения относятся следующие.

Наличие проблемы, которая воспринимается как невыносимая или неразрешимая. Подросток в беседе не может выскочить за рамки своей проблемы, постоянно «зависая» на ней, не слыша консультанта (тоннельное восприятие).

В эмоциональной сфере: эмоциональное страдание, «душевная боль», тотальная безрадостность (острая ангедония), интенсивный страх. В консультации могут встречаться фразы:

*«Я не могу контролировать себя. Я иссякла. Не верю в то, что смогу справиться и не вижу выхода. Я очень устала. Боль...»*

*«Я больше не могу радоваться ни от чего, что приносило мне раньше счастье».*

*«Прямо сейчас мне действительно больно в груди. Каждый день я чувствую какую-то тяжесть, неприятную боль».*

Психосенсорные расстройства: ощущение изменений в себе и окружающем мире, болезненное психическое бесчувствие, деперсонализация-дереализация. В консультации могут встречаться фразы:

*«Я больше не живу... я существую, меня бывшего больше нет, я тень, которая недостойна жизни».*

*«Вокруг меня вдруг стало все серым и унылым, и я сам сер и уныл, цвета погасли».*

*«Когда я в нереальности, это как будто одержима ненавистью ко всем и себе... ничего вокруг не видишь и никого не хочешь слышать».*

В когнитивной сфере: фиксация на переживаниях, событиях, приведших к кризисному состоянию, невозможность переключиться на позитивные события. В консультации могут встречаться фразы:

*«Пряча все внутри, я превратилась в злое создание. Я устала. Простите меня, близкие мои, что часто ругаюсь с вами. Простите, что я родилась такой. Я хочу опять стать ребенком, чтобы меня любили и гладили».*

В поведении: значительное снижение социальной активности, избегание связей с близкими.

В соматической сфере: хронические болезненные ощущения в теле, нарушения сна. В консультации могут встречаться фразы:

*«Мне так одиноко. Мне часто становится трудно дышать. Помогите мне. Я устала».*

*«Мне было плохо, в теле как будто много демонов, которые разрывают его, я хотела бы, чтобы моему телу было плохо и больно. Я думала, что всем будет лучше, если я умру, и они избавятся от меня».*

В работе с подростками, находящимися в кризисном состоянии, особенно важно обращать внимание на такие переживания, как безнадежность, пессимистичный взгляд на будущее, настоящее, прошлое, при котором человеку кажется, что в его жизни уже ничего не изменится к лучшему [4, с. 559]. Безнадежность значительно выше у подростков, совершавших неоднократные попытки самоубийства, чем у испытуемых, совершивших единичную попытку.

Примеры высказываний:

*«Мне пора сдать, так как я ничего не могу изменить к лучшему».*

*«У меня нет никаких просветов и нет причин верить, что они появятся в будущем».*

*«Мой прошлый опыт хорошо меня подготовил к будущему».*

*«Я не надеюсь достичь того, чего действительно хочу».*

*«Бесполезно пытаться получить то, что я хочу, потому что, вероятно, я не добьюсь этого».*

Одиночество, непонимание, переживание себя как бремени для других. Одиночество может быть включено как потенциальная детерминанта подросткового суицидального поведения [5, с. 584]. Переживание одиночества вместе с безнадежностью в структуре депрессивных переживаний также является важным прогностическим критерием риска развития суицидальных тенденций среди несовершеннолетних. У подростков, совершивших попытку самоубийства, показатели одиночества и безнадежности выше, чем у не совершавших таких попыток [5]. В будущих пролонгированных исследованиях, по мнению M. Lasgaard, L. Goossens, A. Elklit, важно проводить разграничение между переживаниями одиночества и депрессивными симптомами для большей прогностической ценности [6]. Результаты A. Randy свидетельствуют о необходимости проведения дополнительных исследований связей между молодежными попытками самоубийства, безнадежности и одиночества у подростков (Randy, 2004). Примеры высказываний:

*«Я чувствую себя одиноко, я никому не нужен».*

*«Нет никого, к кому я могу обратиться».*

*«Постоянное чувство покинутости, что я в тягость другим».*

*«Всем будет легче, если я умру».*

Принадлежность абонента к вышеописанным группам риска еще не означает уверенных суицидальных наклонностей, так как не может быть единственной причины самоубийства. Однако каждый фактор должен быть принят во внимание, а наиболее внимательно необходимо отнестись

к их сочетанию и продолжительности во времени. Психологи телефона доверия, сталкивающиеся в консультациях с этими факторами, должны избегать упрощенного характера беседы и поспешных выводов.

Консультанту телефона доверия важно быть внимательным к абоненту с суицидальными тенденциями, уважительно относиться к его чувствам и способствовать вербализации. Это, в первую очередь, будет полезно для снижения тревожности абонента и его негативных чувств.

В рамках темы были рассмотрены возможные риски, актуальные для определения степени суицидальных тенденций абонентов. Каждый сотрудник службы психологической помощи должен знать и учитывать факторы суицидального риска в практике телефонного консультирования.

## Литература

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. М., 1980. 48 с.
2. Банников Г.С., Кошкин К.А. Кризисные состояния у подростков (пресуицидальные маркеры, особенности личности, стратегии кризисной психотерапевтической помощи) [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2013. № 2 (19). URL: [http://www.medpsy.ru/mprij/archiv\\_global/2013\\_2\\_19/nomer/nomer18.php](http://www.medpsy.ru/mprij/archiv_global/2013_2_19/nomer/nomer18.php) (дата обращения: 22.04.2021).
3. Жмуров Д.В. Криминальная аутоагрессия // Криминологический журнал Байкальского государственного университета экономики и права. 2010. № 1 (11). С. 45–49.
4. Beck T. A., Steer R. A., Kovacs M., Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation // *American Journal of Psychiatry*. 1985. Vol. 142. P. 559–563.
5. Hopelessness and loneliness among suicide attempters in school-based samples of Taiwanese, Philippine and Thai adolescents / Page R., Yanagishita J. et. al. // *School Psychology International*. 2006. Vol. 27 (5). P. 583–598. DOI:10.1177/0143034306073415
6. Lasgaard M., Goossens L., Elklit A. Loneliness, depressive symptomatology, and suicide ideation in adolescence: cross-sectional and longitudinal analyses // *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2011. Vol. 39 (1). P. 137–150. DOI:10.1007/s10802-010-9442-x
7. Muehlenkamp J. J., Claes L., Havertape L., Plener P. L. International prevalence of adolescent nonsuicidal self-injury and deliberate self-harm // *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2012. Mar 30;6:10. DOI:10.1186/1753-2000-6-10
8. O'Connor R. C., Rasmussen S., Hawton K. Adolescent self-harm: A school-based study in Northern Ireland // *Journal of Affective Disorders*. 2014. Vol. 159. P. 46–52. DOI:10.1016/j.jad.2014.02.015
9. Sigurdson J. F., Undheim A. M., Wallander J. L. The longitudinal association of being bullied and gender with suicide ideations, self-harm, and suicide attempts from adolescence to young adulthood: a cohort study // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2018. Vol. 48 (2). P. 169–182. DOI: 10.1111/sltb.12358
10. Wasserman D., Cheng Q. I., Jiang G. X. Global suicide rates among young people aged 15-19 // *World Psychiatry*. 2005. Vol. 4 (2). P. 114–120.

## References

1. Ambrumova A.G., Tikhonenko V.A. Diagnostika suitsidal'nogo povedeniya. Metodicheskie rekomendatsii. Moscow, 1980. 48 p. (In Russ.).
2. Bannikov G.S., Koshkin K.A. Krizisnye sostoyaniya u podrostkov (presuitsidal'nye markery, osobennosti lichnosti, strategii krizisnoi psikhoterapevticheskoi pomoshchi) = Teenager's crisis status: markers, individual peculiarities, strategy of psychotherapeutic support [Elektronnyi resurs]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii = Medical Psychology in Russia*, 2013, no. 2 (19). URL: [http://www.medpsy.ru/mprij/archiv\\_global/2013\\_2\\_19/nomer/nomer18.php](http://www.medpsy.ru/mprij/archiv_global/2013_2_19/nomer/nomer18.php) (Accessed 22.04.2021) (In Russ.).



3. Zhmurov D.V. Kriminal'naya autoagressiya = Criminal autoaggression. *Kriminologicheskii zhurnal Baikal'skogo gosudarstvennogo universiteta ekonomiki i prava = Criminology Journal of Baikal National University of Economics and Law*, 2010, no. 1 (11), pp. 45–49 (In Russ.).
4. Beck T. A., Steer R. A., Kovacs M., Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 1985, no. 142, pp. 559–563.
5. Page R., Yanagishita J. et. al. Hopelessness and loneliness among suicide attempters in school-based samples of Taiwanese, Philippine and Thai adolescents. *School Psychology International*. 2006. Vol. 27(5). pp. 583-598. DOI:10.1177/0143034306073415
6. Lasgaard M., Goossens L., Elklit A. Loneliness, depressive symptomatology, and suicide ideation in adolescence: cross-sectional and longitudinal analyses. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2011. Vol. 39, no. 1, pp. 137–150. DOI:10.1007/s10802-010-9442-x
7. Muehlenkamp J. J., Claes L., Havertape L., Plener P.L. International prevalence of adolescent nonsuicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2012, Mar 30;6:10. DOI:10.1186/1753-2000-6-10
8. O'Connor R. C., Rasmussen S., Hawton K. Adolescent self-harm: A school-based study in Northern Ireland. *Journal of Affective Disorders*, 2014. Vol. 159, pp. 46–52. DOI:10.1016/j.jad.2014.02.015
9. Sigurdson J. F. Undheim A. M. Wallander J. L. The longitudinal association of being bullied and gender with suicide ideations, self-harm, and suicide attempts from adolescence to young adulthood: a cohort study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2018. Vol. 48, no. 2, pp 169–182. DOI: 10.1111/sltb.12358
10. Wasserman D., Cheng Q. I., Jiang G. X. Global suicide rates among young people aged 15–19. *World Psychiatry*, 2005. Vol. 4, no. 2, pp. 114–120.

## Информация об авторах

### *Ермолаева Анна Валериевна*

руководитель, сектор дистанционного консультирования «Детский телефон доверия», Центр экстренной психологической помощи, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5623-6248>, e-mail: [ermolaevaav@mgppu.ru](mailto:ermolaevaav@mgppu.ru)

## Information about the authors

### *Anna V. Ermolaeva*

Head, Remote Counseling Sector “Children’s Helpline”, Center for Emergency Psychological Assistance, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5623-6248>, e-mail: [ermolaevaav@mgppu.ru](mailto:ermolaevaav@mgppu.ru)

Получена 22.04.2021

Received 22.04.2021

Принята в печать 22.05.2021

Accepted 22.05.2021