

ISSN 0132-182X

ISSN 0132-2109

ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ



BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ СТАТУСОМ И ТОНИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ ЛИЦЕВЫХ МЫШЦ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН

¹ Московский научно-практический центр медицинской реабилитации,
восстановительной и спортивной медицины
(Россия, Москва, Земляной Вал, д. 53);

² Центральная клиническая больница с поликлиникой
Управления делами Президента Российской Федерации
(Россия, Москва, ул. Тимошенко, д. 15);

³ Центральная государственная медицинская академия
Управления делами Президента Российской Федерации
(Россия, Москва, ул. Тимошенко, д. 19).

Изучены частота и выраженность психоэмоциональных расстройств и показатели тонической активности лицевых мышц у 151 практически здоровой женщины. Установлены корреляционные связи между показателями, отражающими тоническую активность мышц лица, и психологическим состоянием практически здоровых женщин. Предложены вспомогательные диагностические критерии в обнаружении симптомов высокого уровня напряжения и эмоционального стресса в ходе проведения электромиографии и пальпации болевой чувствительности лицевых и шейных мышц.

✉ Дубинская Анастасия Дмитриевна – аспирант, Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины (Россия, 105120, Москва, ул. Земляной Вал, д. 53), e-mail: adubinskaya@mail.ru;

Кукшина Анастасия Алексеевна – д-р мед. наук, ведущ. науч. сотр. отдела мед. реабилитации, Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины (Россия, 105120, Москва, ул. Земляной Вал, д. 53), e-mail: kukshina@list.ru;

Котельникова Анастасия Владимировна – канд. психол. наук, ст. науч. сотр. отдела мед. реабилитации, Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины (Россия, 105120, Москва, ул. Земляной Вал, д. 53), e-mail: pav.kotelnikov@ya.ru;

Ткаченко Галина Андреевна – канд. психол. наук, мед. психолог центра реабилитации, Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента Российской Федерации (Россия, 121359, Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 15); науч. сотр. отдела науч. информации, Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента Российской Федерации (Россия, 121359, Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 19), e-mail: mitg71@mail.ru.

Ключевые слова: психоэмоциональные расстройства, стресс, тоническая активность лицевых мышц, диагностические критерии психоэмоционального напряжения.

Введение

В настоящее время психический стресс представляет собой одну из главных угроз для здоровья и экономического благополучия людей, независимо от возраста и культурной принадлежности [15, 16]. Многочисленные научные данные подтверждают, что стрессовые события являются ключевой причиной в возникновении нервно-психических и соматических расстройств [1, 4, 7, 8].

Одним из самых ярких маркеров психического напряжения является повышенная тоническая активность мышц, что объясняется ответственностью церебральных структур за включение реакции в виде активизации симпатoadреналовой системы в ответ на психический стресс. Ряд исследователей отмечают, что для болевого синдрома, ассоциированного с повышенным мышечным тонусом, характерна высокая психосоматическая корреляция [2, 3].

Согласно клиническим наблюдениям, наиболее чувствительными к эмоциональным переживаниям являются лицевые мышцы, поскольку их функциональное состояние опосредовано нервно-психическим состоянием через механизм лицевой экспрессии [12, 13, 14]. Повышение биоэлектрической активности лицевой мускулатуры запускается со стороны лимбико-ретикулярного комплекса и реализуется через систему «лицевой–тройничный нервы» [1].

Наиболее подробно в настоящее время изучено состояние эмоционально-личностной сферы у пациентов неврологического профиля – больных с миофасциальным болевым синдромом лица, невритом лицевого нерва, контрактурой мимических мышц, лицевым гемифациальным спазмом. Так, клинико-психологический анализ пациентов с миофасциальным болевым синдромом лица показал наличие у них выраженной депрессии, высокой ситуативной и личностной тревожности, а также снижение показателей, характеризующих качество жизни. По данным О.Р. Орловой с соавт., психический стресс является провоцирующим фактором в развитии миофасциальных лицевых болей, что указывает на высокое влияние психологического напряжения в патогенезе возникновения повышенного тонуса лицевых мышц [5].

По наблюдениям специалистов, существует проблема повышенного тонуса лицевых мышц и у здоровых женщин, обращающихся за процеду-

рами косметического массажа лица. Несмотря на то, что жалоб на психологические расстройства эти женщины не предъявляют, обращение к услугам эстетической коррекции часто вызвано недовольством собственной внешностью, что неразрывно сопряжено с общим отрицательным нервно-психическим фоном.

У практически здоровых людей проявления мышечного гипертонуса носят латентный характер, не ухудшают существенно качества жизни и проявляют себя эпизодически в виде синдрома сжатых челюстей, скованности лица при выражении мимики или повышенном эмоциональном напряжении, ограничении движений нижней челюсти, усталости мышц при артикуляционной нагрузке. Длительное мышечное напряжение лицевых мышц может привести к хронизации процесса и неврологическим дисфункциям – миофасциальному болевому синдрому лица, блефароспазму, контрактуре мимических мышц, требующих длительного лечения.

В литературе имеются данные о лицевой обратной связи (facial feedback), при которой напряженные лицевые мышцы становятся гиперактивной системой, усиливающей негативные эмоциональные переживания [11]. Можно предположить, что диагностические критерии обнаружения повышенного мышечного тонуса лицевых мышц могут быть использованы в качестве дополнительных методов диагностики психоэмоционального напряжения.

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи психологического статуса с биоэлектрической активностью и клинико-функциональными показателями лицевых мышц у практически здоровых женщин.

Материал и методы

В исследование была включена группа из 151 женщины в возрасте от 36 до 50 лет (средний возраст $43 \pm 7,2$ года), обратившихся за помощью в коррекции внешности в период 2016–2019 гг. Всем пациенткам проводилось психологическое и нейрофизиологическое обследование, а также пальпаторная диагностика до начала процедур.

Психологическое обследование проводилось с помощью следующих методов:

1. Оценка субъективной выраженности депрессии по шкале депрессии Бека. Результаты расценивались следующим образом: 0–9 баллов – отсутствие депрессивных симптомов, 10–15 баллов – легкая депрессия (субдепрессия), 16–19 баллов – умеренная депрессия, 20–29 баллов – выраженная депрессия (средней тяжести), 30–63 балла – тяжелая депрессия;

2. Измерение уровня тревожности с помощью опросника Ч.Д. Спилбергера в модификации Ю.А. Ханина. В ходе исследования оценивали уровень ситуативной и личностной тревожности. Результаты интерпретировались следующим образом: 0–30 баллов – низкая тревожность, 31–45 баллов – умеренная тревожность, более 46 баллов – высокая тревожность;

3. Оценка качества жизни с помощью опросника SF-36. Восемь шкал были сгруппированы в два показателя – «физический компонент здоровья» (физическое функционирование, ролевое функционирование, интенсивность боли, общее здоровье) и «психологический компонент здоровья» (психическое здоровье, эмоциональное состояние, социальное функционирование, жизненная активность). В исследовании был использован кластерный анализ, выделяющий две подгруппы: оценивающих свое качество жизни как высокое и как низкое;

4. Исследование самооценки с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Методика позволяет самостоятельно оценить такие относительно общие понятия, как самочувствие в настоящий момент, уверенность в себе и оценка внешности. Женщины отмечали на вертикальной шкале уровень выраженности исследуемых показателей. Высота каждой шкалы составляла 10 см, каждый миллиметр шкалы считался за 1 балл. Результаты оценивались в динамике до и после коррекции.

Нейрофизиологическое исследование включало проведение интерференционной электромиографии на аппарате «Нейро-МВП-Нейрософт». Оценивали степень биоэлектрической активности мышц, наиболее активно участвующих в проявлении негативных эмоциональных состояний: сморщивающей бровь (*m. corrugator supercilii*), жевательной (*m. masseter*), опускающей угол рта (*m. depressor anguli oris*), носовой мышцы (*m. nasalis*). Нейрофизиологические показатели лицевых мышц оценивались по стандартизированным методикам интерференционной миографии [9].

На первом этапе регистрировалась активность лицевых мышц в покое. Для интерпретации результатов использовались нормативы интерференционной миографии Срам J.R. [10]. Активность жевательных мышц в норме составляет 0–3,1 мкВ. При слабой степени напряжения мышечные биопотенциалы регистрируются в диапазоне 3,2–5,2 мкВ, средней степени напряжения – 5,3–7,3 мкВ, высокой степени – 7,4–9,4 мкВ, очень высокой – более 9,4 мкВ. Активность мимических мышц в норме составляет 0–5 мкВ, значения биопотенциалов 5–8,1 мкВ свидетельствуют о слабой степени напряжения, 8,1–11,2 мкВ – средней, 11,2–14,3 мкВ – высокой, более 14,3 мкВ – очень высокой.

На втором этапе регистрировалась произвольная активность мышц методом проб с максимальным напряжением. При изучении нейрофизиологических показателей мышцы, сморщивающей бровь (*m. corrugator supercilii*), пациентов просили максимально нахмурить брови; мышцы, опускающей угол рта (*m. depressor anguli oris*) – опустить уголки рта (гримаса недовольства); жевательной мышцы (*m. masseter*) – максимально сжать зубы; носовой мышцы (*m. nasalis*) – наморщить нос. По данным авторов, лицевые мышцы, находясь в состоянии хронического возбуждения, проявляют нецелесообразную парафункциональную активность, которая регистрируется в виде увеличенной амплитуды колебаний электрических потенциалов [5, 6].

Клинико-функциональная диагностика включала оценку пациентами степени болезненности при пальпации следующих областей: заушной, околоушно-жевательной, подчелюстной, заушной, области надбровных дуг, верхней порции грудинно-ключично-сосцевидных мышц, трапециевидных мышц. Оценка болевых ощущений проводилась по ВАШ от 0 до 10 баллов, где 0 – отсутствие боли; 1–3 – слабая боль; 4–6 – умеренная боль; 7–9 – сильная боль. На основании выраженности болевого синдрома оценивали общее функциональное состояние мышц. Отсутствие болевых ощущений расценивали как мышечный нормотонус, болевые ощущения от 1 до 3 баллов – как напряжение слабой степени, 4–6 баллов – умеренное напряжение, 7–9 баллов – мышечное напряжение высокой степени.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием лицензионного пакета статистических программ STATISTICA 10.

Результаты и их анализ

Оценивая исходные показатели субъективной оценки степени тяжести депрессии по шкале Бека, необходимо отметить, что у 46 % обследуемых женщин была выявлена депрессивная симптоматика различной степени выраженности. Так, умеренная и выраженная степень депрессии наблюдалась у 19 % женщин, субдепрессия – у 27 %. У оставшихся 54 % женщин наличия признаков депрессии по шкале Бека выявлено не было.

Анализ уровня ситуативной тревожности показал, что пациентки продемонстрировали в 78 % случаев низкий уровень ситуативной тревожности, что может быть связано с позитивным настроением в связи с ожиданием положительного результата от предстоящих процедур. Параллельно с

этим высокий и умеренный уровень личностной тревожности был установлен у 99 % женщин.

Анализ данных, характеризующих качество жизни обследованных женщин по результатам применения опросника SF-36, позволил выделить в обследованной группе два кластера, характеризующих качество жизни (КЖ) как высокое и низкое. По показателю физической составляющей высокое качество жизни отмечалось у 126 (83,4 %) обследованных женщин, низкое КЖ – у 25 (16,6 %). По показателю психологической составляющей высокое КЖ отмечалось у 106 женщин (70,2 %), низкое – у 45 (29,8 %). Описанный результат свидетельствует о том, что психологическое состояние обследованных женщин оценивалось ими как низкое практически в два раза чаще, чем их физическое состояние.

Стоит отметить, что при использовании анализа значимости различий в уровне выраженности количественного признака в несвязанных группах (Н-критерий Краскела-Уоллиса) и дальнейшим попарным сравнением по U-критерию Манна-Уитни было обнаружено, что максимальный вклад в формирование низкого КЖ обследованных женщин вносят шкалы опросника SF-36, отражающие ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным (RE) и физическим состоянием (RP) (рисунок).

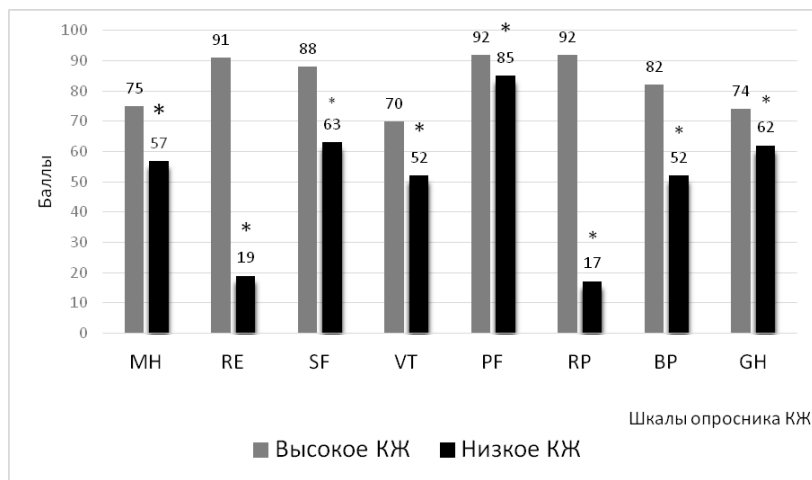


Рис. Физическая и психологическая составляющие качества жизни опросника SF-36 (n = 151)

Примечание: * – достоверность различий между группами.

Так, средние показатели по шкале «Эмоциональное состояние» в группе женщин, оценивающих свое КЖ как низкое, составили 19 баллов из 100 возможных по сравнению с 91 баллом для группы с высоким КЖ. Соответствующее соотношение для шкалы «Физическое состояние» составило 17 баллов по сравнению с 92 баллами.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что снижение ролевого функционирования обследованных женщин как в эмоциональной, так и в физической части негативно сказывается на их КЖ в целом и на возможности эффективного взаимодействия с окружающим миром, проявления себя в отношениях с другими людьми, вследствие чего возникают затруднения в выполнении обычной повседневной деятельности и ограничения в привычном рабочем функционировании.

Данные, характеризующие самооценку обследованных женщин по результатам применения визуально-аналоговой шкалы, по показателю «Самочувствие» составили $75,0 \pm 17,6$ баллов, «Оценка внешности» – $70,0 \pm 18,9$ баллов, «Уверенность в себе» – $70,6 \pm 20,5$ баллов. В целом самооценка обследованных женщин может быть охарактеризована как достаточно высокая. При этом, если анализировать имеющийся разброс данных, выраженный через соотношение минимальных и максимальных показателей, которые составили по показателю «Самочувствие» от 12 до 100 баллов, а по показателям «Оценка внешности» и «Уверенность в себе» – от 4 до 100 баллов, становится видно, что самую большую вариабельность дают шкалы «Оценка внешности» и «Уверенность в себе», что, вероятнее всего, характеризует самооценку женщин как наиболее подверженную внешним влияниям и оценке окружающих.

Согласно исходным данным электромиографического исследования, было установлено существенное превышение нормативных показателей биоэлектрической активности всех лицевых мышц в исследуемой группе. Так, ЭМГ-показатели жевательных мышц, соответствующие норме, наблюдались у 40 женщин (26,5 %), слабой степени напряжения – у 2 (1,13 %), средней степени – у 35 (23,17 %), высокой степени – у 11 (7,28 %), очень высокой – у 63 (41,73 %).

Анализ распределения пациентов в зависимости от степени напряжения мышцы, сморщивающей бровь (*m. corrugator supercilii*), показал, что у 30 женщин (19,86 %) наблюдался нормотонус данной мышцы, слабая степень напряжения – у 21 (13,91 %), средняя степень – у 24 (15,89 %), высокая степень – у 42 (27,81 %). Очень высокая степень напряжения наблюдалась у 34 женщин, что составило 22,34 % от общей выборки.

ЭМГ-показатели мышцы, опускающей угол рта (*m. depressor anguli oris*), соответствующие норме, наблюдались у 28 женщин (18,47 %), слабой степени напряжения – у 15 (9,93 %), средней степени – у 16 (10,60 %), высокой степени – у 46 (30,5 %). Очень высокая биоэлектрическая активность мышцы была установлена у 46 женщин (30,5 %).

ЭМГ-показатели носовой мышцы (*m. nasalis*), соответствующие норме, наблюдались у 24 женщин (15,89 %). Слабая степень напряжения была установлена у 19 (12,58 %), средняя степень – у 25 (16,56 %) высокая степень – у 46 (30,46 %), очень высокая – у 37 (24,51 %).

Исходная оценка электромиографических данных при проведении проб с максимальным напряжением для каждой мышцы показала, что биоэлектрическая активность жевательной мышцы (*m. masseter*) составила справа $94,1 \pm 70,5$ мкВ и слева $71,6 \pm 51,9$ мкВ ($\Delta = 11,37$ %), мышцы, сморщивающей бровь – справа $92,5 \pm 77,9$ мкВ и слева $76,5 \pm 55,6$ мкВ ($\Delta = 13,42$ %), мышцы, опускающей угол рта (*m. depressor anguli oris*) – справа $139,7 \pm 127,5$ мкВ и слева $106,1 \pm 69$ мкВ ($\Delta = 13,07$ %), носовой мышцы (*m. nasalis*) – справа $149,3 \pm 103,4$ мкВ и слева $113,3 \pm 72,4$ мкВ ($\Delta = 13,1$ %).

Необходимо отметить, что в исследуемой группе наблюдалась повышенная активность мышц правой стороны лица по сравнению с левой, что может объясняться различными причинами, в частности привычкой жевать на правой стороне зубов или повышенным напряжением скелетных мышц по правой стороне тела из-за длительных статокинетических нагрузок в течение рабочего дня.

При проведении клинико-функциональной диагностики у всех обследуемых женщин был отмечен исходный средний и высокий уровень болевой чувствительности на различных областях лица при пальпации. Так, исходные показатели боли в околоушно-жевательной области находились на уровне $7,6 \pm 1,7$ балла, подчелюстной области – $7,1 \pm 1,8$ балла, что соответствовало высокому уровню боли при пальпации по ВАШ. Боль в заушной области в целом по группе составила $6,9 \pm 1,8$ балла, в области надбровных дуг – $6,7 \pm 1,8$ балла, что соответствовало среднему уровню боли. При оценке трапецевидной и грудинно-ключично-сосцевидной мышц в группе был установлен высокий уровень мышечной болезненности при пальпации – $7,0 \pm 1,5$ и $7,6 \pm 1,6$ соответственно. Женщин с отсутствием боли или со слабой мышечной болью выявлено не было.

Таким образом, изучение психоэмоционального состояния, нейрофизиологических и клинико-функциональных показателей практически здо-

ровых женщин, обратившихся за проведением эстетических процедур, показало наличие:

– депрессивной симптоматики различной степени выраженности – в 46 % случаев;

– высокого и умеренного уровня личностной тревожности – в 99,0 % случаев;

– высокого и умеренного уровня ситуативной тревожности – в 23 % случаев;

– низкого качества жизни по показателю физического и психического здоровья – в 16,6 % и 29,8 % случаев соответственно;

– наличие высокого уровня биоэлектрической активности лицевых мышц в 61 % случаев, сопровождающихся повышенной болевой чувствительностью при пальпации различных участков лица и шеи на уровне 7,06 балла.

Корреляционные связи нейрофизиологическими и психологическими показателями

С целью изучения зависимости между показателями объективной и субъективной оценки состояния обследуемых женщин нами был проведен корреляционный анализ (табл. 1).

Изучение корреляционной зависимости между показателями психологического и мышечного напряжения выявило прямую зависимость между субъективной выраженностью депрессии по шкале Бека и ЭМГ-показателями мышцы, опускающей угол рта ($r = +0,17$; $p < 0,05$), носовой мышцы ($r = +0,23$; $p < 0,05$), мышцы, сморщивающей бровь ($r = +0,18$; $p < 0,05$) (проба с максимальным напряжением).

Также была отмечена прямая корреляционная зависимость между ситуативной тревожностью и ЭМГ-показателями жевательной мышцы ($r = +0,16$; $p < 0,05$), мышцы, сморщивающей бровь ($r = +0,25$; $p < 0,05$), мышцы, опускающей угол рта ($r = +0,19$; $p < 0,05$), и носовой мышцы, а также между личностной тревожностью и мышцей, сморщивающей бровь ($r = +0,22$; $p < 0,05$), и мышцей, опускающей угол рта ($r = +0,26$; $p < 0,05$) (проба с максимальным напряжением).

Между личностной тревожностью и ЭМГ-показателями жевательных мышц отмечалась прямая корреляционная зависимость ($r = +0,18$; $p < 0,05$) (проба в покое).

Таблица 1

Показатели корреляции электромиографического исследования
и психоэмоционального состояния (n = 151)

| Параметры психоэмоционального состояния | Коэффициент корреляции (r) | |
|--|----------------------------|---------------------|
| | ЭМГ в покое | ЭМГ в напряжении |
| ЖЕВАТЕЛЬНЫЕ МЫШЦЫ (m. masseter) | | |
| Ситуативная тревожность | – | +0,16 |
| Уверенность в себе (ВАШ) | – | –0,22 |
| МЫШЦА, СМОРЩИВАЮЩАЯ БРОВЬ (m. corrugator supercilii) | | |
| Депрессия | – | +0,18 |
| Личностная тревожность | +0,18 | +0,22 |
| Ситуативная тревожность | – | +0,25 |
| Эмоциональное состояние (SF-36, RE) | –0,15 | – |
| Ролевое (физическое) функционирование (SF-36, RP) | –0,21 | – |
| Психическое здоровье (SF-36, MH) | – | –0,18 |
| Жизненная активность (SF-36, VT) | – | –0,18 |
| Уверенность в себе (ВАШ) | – | –0,18 |
| МЫШЦА, ОПУСКАЮЩАЯ УГОЛ РТА (m. depressor anguli oris) | | |
| Депрессия | – | +0,17 |
| Личностная тревожность | – | +0,26 |
| Ситуативная тревожность | – | +0,19 |
| Оценка внешности (ВАШ) | – | –0,22 |
| Уверенность в себе (ВАШ) | – | –0,28 |
| НОСОВАЯ МЫШЦА (m. nasalis) | | |
| Депрессия | – | +0,23 |
| Ситуативная тревожность | – | +0,24 |
| Жизненная активность (SF-36, VT) | – | –0,21 |
| Самочувствие (ВАШ) | – | –0,17 |
| Уверенность в себе (ВАШ) | – | –0,23 |

Проведение корреляционного анализа позволило выявить обратную зависимость слабой степени между показателями опросника самооценки ВАШ и данными электромиографического исследования (проба с максимальным напряжением). Установлена корреляционная зависимость между шкалой «Уверенность в себе» и ЭМГ-показателями мышцы, сморщивающей бровь ($r = -0,18$; $p < 0,05$), мышцы, опускающей угол рта ($r = -0,28$; $p < 0,05$), жевательной мышцы ($r = -0,22$; $p < 0,05$) и носовой мышцы ($r = +0,18$; $p < 0,05$).

Обратная корреляционная зависимость отмечалась между шкалой «Оценка внешности» и ЭМГ-показателями мышцы, опускающей угол рта ($r = -0,22$; $p < 0,05$), а также между шкалой «Самочувствие» и ЭМГ-

показателями носовой мышцы ($r = -0,17$; $p < 0,05$) (проба с максимальным напряжением).

При изучении корреляционной зависимости между показателями опросника качества жизни SF-36 и данными электромиографии была выявлена отрицательная корреляционная зависимость между мышцей, сморщивающей бровь, и показателями «Эмоциональное состояние» ($r = -0,15$; $p < 0,05$) и «Ролевое (физическое) функционирование» ($r = -0,21$; $p < 0,05$) при проведении проб в покое и «Психическое здоровье» ($r = -0,18$; $p < 0,05$), «Жизненная активность» ($r = -0,18$; $p < 0,05$) при проведении проб с максимальным напряжением. Результаты корреляционного анализа между показателями пальпаторной диагностики на различных участках лица и шеи и психоэмоционального состояния исследуемой группы представлены в табл. 2.

Таблица 2

Результаты корреляционного анализа между показателями пальпаторной диагностики на различных участках лица и шеи и психоэмоционального состояния ($n = 151$)

| Параметры психоэмоционального состояния | Коэффициент корреляции (r) |
|--|--------------------------------|
| БОЛЬ В ЗАУШНОЙ ОБЛАСТИ | |
| Депрессия | +0,18 |
| Ситуативная тревожность | +0,17 |
| Личностная тревожность | +0,23 |
| Психическое здоровье (SF-36, MH) | -0,22 |
| Социальное функционирование (SF-36, SF) | -0,20 |
| Жизнеспособность (SF-36, VT) | -0,26 |
| Ролевое (физическое) функционирование (SF-36, RP) | -0,20 |
| Самочувствие (ВАШ) | -0,19 |
| Уверенность в себе (ВАШ) | -0,24 |
| БОЛЬ В ОБЛАСТИ НАДБРОВНЫХ ДУГ | |
| Эмоциональное состояние (SF-36, RE) | -0,2 |
| Социальное функционирование (SF-36, SF) | -0,18 |
| Жизнеспособность (SF-36, VT) | -0,17 |
| БОЛЬ В ОБЛАСТИ ТРАПЕЦИЕВИДНЫХ МЫШЦ | |
| Эмоциональное состояние (SF-36, RE) | -0,16 |
| Оценка внешности (ВАШ) | -0,19 |
| Уверенность в себе (ВАШ) | -0,24 |
| БОЛЬ В ОБЛАСТИ ГРУДИННО-КЛЮЧИЧНО-СОСЦЕВИДНЫХ МЫШЦ | |
| Оценка внешности (ВАШ) | -0,17 |

Результаты корреляционного анализа между показателями пальпаторной диагностики на различных участках лица и шеи и психоэмоцио-

нального состояния исследуемой группы показали прямую корреляционную зависимость между болью в заушной области и субъективной выраженностью депрессии ($r = +0,18$; $p < 0,05$), ситуативной тревожностью ($r = +0,17$; $p < 0,05$) и личностной тревожностью ($r = +0,23$ $p < 0,01$). Отмечалась обратная корреляционная зависимость между показателями боли в заушной области и шкалами опросника SF-36 «Психическое здоровье» ($r = -0,22$; $p < 0,01$), «Социальное функционирование» ($r = -0,20$; $p < 0,05$), «Жизнеспособность» ($r = -0,26$; $p < 0,01$), а также «Ролевое (физическое) функционирование» ($r = -0,20$; $p < 0,05$). Была установлена обратная корреляционная зависимость между болью в заушной области и шкалами «Самочувствие» ($r = -0,19$; $p < 0,05$) и «Уверенность в себе» ($r = -0,24$; $p < 0,01$).

Выявлена обратная зависимость между болью в области надбровных дуг и показателями шкалы опросника SF-36 «Эмоциональное состояние» ($r = -0,20$; $p < 0,01$), «Социальное функционирование» ($r = -0,18$; $p < 0,05$), «Жизнеспособность» ($r = -0,17$; $p < 0,05$). Кроме того, отмечалась обратная корреляционная зависимость между болью в трапецевидных мышцах и показателем «Эмоциональное состояние» ($r = -0,16$; $p < 0,05$).

Выявлена обратная корреляция между болью в трапецевидных мышцах и шкалами самооценки ВАШ «Оценка внешности» ($r = -0,19$; $p < 0,05$) и «Уверенность в себе» ($r = -0,24$; $p < 0,01$), а также между болью в грудинно-ключично-сосцевидных мышцах и шкалой «Оценка внешности» ($r = -0,17$; $p < 0,05$).

Выявлена обратная зависимость между шкалой опросника SF-36 «Физическое функционирование» и объемами складки в околоушно-жевательной ($r = -0,18$; $p < 0,05$), щечной областях ($r = -0,21$; $p < 0,05$) и над верхней порцией грудинно-ключично-сосцевидной мышцы ($r = -0,21$; $p < 0,05$). Установлена обратная зависимость между шкалой «Общее здоровье» и объемом складки над верхней порцией грудинно-ключично-сосцевидной мышцы ($r = -0,16$; $p < 0,05$).

Таким образом, при изучении взаимосвязи между нейрофизиологическими и психологическими показателями отмечено наличие положительной корреляционной зависимости между электромиографическими показателями жевательных (*m. masseter*) и мимических мышц (*m. corrugator supercillii*, *m. depressor anguli oris*, *m. nasalis*) и показателями депрессии, ситуативной и личностной тревожности, а также отрицательной корреляционной зависимости с такими показателями самооценки по шкале ВАШ, как «Уверенность в себе», «Самочувствие», «Оценка внешности», и

психологическими шкалами опросника SF-36. Было также установлено наличие положительной корреляционной зависимости между показателями болевой чувствительности заушной области, трапециевидных мышц, области надбровных дуг и показателями депрессии, а также отрицательной корреляционной зависимости слабой степени с такими шкалами опросника SF-36, как «Психическое здоровье», «Социальное функционирование», «Жизнеспособность», «Ролевое (физическое) функционирование», показателями самооценки ВАШ «Самочувствие» и «Уверенность в себе».

Выводы

У практически здоровых женщин на фоне депрессивной симптоматики различной степени выраженности и высокой личностной тревожности наблюдаются высокие показатели биоэлектрической активности и болевой чувствительности лицевых и шейных мышц.

Установлено наличие положительной корреляционной зависимости электромиографических и клиничко-функциональных показателей лицевых и шейных мышц с показателями депрессии, ситуативной и личностной тревожности, а также отрицательной корреляционной зависимости электромиографических и клиничко-функциональных показателей лицевых мышц с оценкой качества жизни и самооценкой у практически здоровых женщин.

Показатели интерференционной электромиографии (проба в покое) свыше 9,4 мкВ, а также болевая чувствительность при пальпации ряда лицевых мышц более 7 баллов по ВАШ могут указывать на высокий уровень напряжения и эмоционального стресса у практически здоровых женщин.

Таким образом, предложенные диагностические критерии обнаружения повышенного мышечного тонуса лицевых мышц могут быть использованы в качестве вспомогательных методов выявления психоэмоционального напряжения.

Литература

1. Болевые синдромы в неврологической практике / под ред. проф. В.Л. Голубева. – М. : МЕДпресс-информ, 2010. – 336 с.
2. Ключин М.Н. Клиничко-динамические характеристики психических нарушений в ортопедической клинике // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 5. – С. 43–46.
3. Малаховский В.В., Товсултанова М.С. Подходы к комплексной терапии миофасциального болевого синдрома, коморбидного социально-стрессовому расстройству // Мануальная терапия. – 2011. – № 4 (44). – С. 49–54.
4. Маркин С.П. Современный взгляд на проблему боли в позвоночнике //

Русский медицинский журнал. – 2009. – Т. 17, № 11. – С. 794–797.

5. Орлова О.Р., Мингазова Л.Р., Вейн А.М. Миофасциальный болевой синдром лица: новые аспекты клиники, патогенеза и лечения // Новое в стоматологии. – 2003. – № 1. – С. 25–29.

6. Славичек Р. Жевательный орган. – М. : Азбука стоматолога, 2008. – 543 с.

7. Турсунова К.Б., Чутко Л.С. Эмоциональные нарушения в патогенезе первичной головной боли // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. – Т. 112, № 4. – С. 74–76.

8. Albus C., Waller C., Fritzsche K. [et al.] Significance of psychosocial factors in cardiology: update 2018: Position paper of the German Cardiac Society / Clinical Research in Cardiology. – 2019. – Vol. 108, № 11. – Pp. 1175–1196. <https://doi.org/10.1007/s00392-019-01488-w>.

9. Bostel A.V. Facial EMG as a tool for inferring affective states / Proceedings of Measuring Behavior / Eds. A.J. Spink. (Eindhoven, The Netherlands, August 24–27, 2010). – 2010. – Pp. 104–108.

10. Cram J.R. Clinical EMG for Surface recordings / Clinical Resources. – 1990. – Vol. 2. – Pp. 175–196.

11. Finzi E., Rosenthal N. Emotional proprioception: Treatment of depression with afferent facial feedback / Journal of Psychiatric Research. – 2016. – N 80. – Pp. 93–96. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.06.009>

12. Jochum H., Keel P., Baumgartner-Gruber A. [et al.] Bruxism, myoarthropathy and psychosomatics. Swiss Dent Journal. – 2019. – Vol. 129, N 4. – Pp. 287–292.

13. Heller A.S., Lapate R.C., Mayer K.E., Davidson R.J. The face of negative affect: Trial-by-trial corrugator responses to negative pictures are positively associated with amygdala and negatively associated with ventromedial prefrontal cortex activity / Journal of Cognitive Neuroscience. – 2014. – Vol. 26, N 9. – Pp. 2102–2110. https://doi.org/10.1162/jocn_a_00622.

14. Mieszko W., Zietek M., Smardz J. [et al.] Mental Status as a Common Factor for Masticatory Muscle Pain: A Systematic Review. Frontiers in Psychology. – 2017. – Vol. 8. – Pp. 646. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00646>.

15. McEwen B.S., Gray J.D., Nasca C. Redefining neuroendocrinology: stress, sex and cognitive and emotional regulation / Journal of Endocrinology. – 2015. – Vol. 226, N 2. – Pp. 67–83. <https://doi.org/10.1530/JOE-15-0121>.

16. Souza-Talarico J.N., Wan N., Santos S., [et al.] Cross-country discrepancies on public understanding of stress concepts: evidence for stress-management psychoeducational programs. BMC Psychiatry. – 2016. – N 16. – P. 181. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0886-6>.

Поступила 04.02.2020

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Дубинская А.Д., Кукшина А.А., Котельникова А.В., Ткаченко Г.А. Взаимосвязь между психологическим статусом и тонической активностью лицевых мышц у практически здоровых женщин // Вестн. психотерапии. 2020. № 73 (78). С. 110–126.

THE CORRELATION BETWEEN PSYCHOLOGICAL STATUS AND TONIC ACTIVITY OF FACIAL MUSCLES IN HEALTHY WOMEN

Dubinskaya A.D.¹, Kukshina A.A.¹, Kotelnikova A.V.¹, Tkachenko G.A.^{2,3}

¹ Moscow Scientific and Practical Center for Medical Rehabilitation
(Zemlyanoj Val, 53, Moscow, Russia);

² Central Clinical Hospital of Department of Presidential Affairs of Russia
(Timoshenko Str., 15, Moscow, Russia);

³ Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs of Russia
(Timoshenko Str., 19, Moscow, Russia).

Abstract. The article presents data reflecting the frequency and severity of emotional disorders and facial muscles tonic activity of the 151 healthy women. Correlations between indicators reflecting the tonic activity of facial muscles and the psychological state of healthy women were discovered. Auxiliary diagnostic criteria for detection of symptoms of the high level of tension and emotional stress during electromyography and palpation of facial and cervical muscles are offered.

Key words: emotional disorders, stress, facial muscles, tonic activity of facial muscles, diagnostic criteria of emotional stress.

✉ Anastasia Dmitrievna Dubinskaya – the Research assistant, Moscow scientific and practical center of medical rehabilitation, rehabilitation and sports medicine (Str. Zemlyanoj Val, 53, Moscow, 105120, Russia), e-mail: adubinskaya@mail.ru;

Anastasia Alekseevna Kukshina – Dr. Med. Sci., the Leading research assistant, Moscow scientific and practical center of medical rehabilitation, rehabilitation and sports medicine (Zemlyanoj Val, 53, Moscow, 105120, Russia), e-mail: kukshina@list.ru;

Anastasia Vladimirovna Kotelnikova – PhD Psychol. Sci., the Senior research assistant, Moscow scientific and practical center of medical rehabilitation, rehabilitation and sports medicine (Zemlyanoj Val, 53, Moscow, 105120, Russia) e-mail: pav.kotelnikov@ya.ru;

Galina Andreevna Tkachenko – PhD Psychol. Sci., clinical psychologist, Central Clinical Hospital of Department of Presidential Affairs (Marshal Timoshenko Str., 15, 121459, Moscow, Russia); the research assistant of Scientific information Department of Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs (Marshal Timoshenko Str., 19, Moscow, 121459, Russia), e-mail: mitg71@mail.ru.

References

1. Bolevye sindromy v neurologicheskoy praktike [Pain syndrome in neurological practice]. Eds. : V.L. Golubeva. Moskva. 2010. 336 p. (In Russ)
2. Klyushin M.N. Kliniko-dinamicheskie karakteristiki psicheskikh narushenij v ortopedicheskoy klinike [Clinical-dynamic characteristics of mental disorders in orthopaedic clinic]. *Sibirskij vestnik psixiatrii i narkologii* [Siberian Journal of Psychiatry and Drug Treatment]. 2010. N 5. Pp. 43–46. (In Russ)
3. Malaxovskij V.V., Tovsultanova M.S. Podhody k kompleksnoj terapii miofascialnogo boleвого sindroma, komorbidnogo socialno-stressovomu rasstrojstvu [Approaches to complex therapy of myofascial pain syndrome, comorbid social stress disorder]. *Manualnaya terapiya* [Manual therapy]. 2011. N 4 (44). Pp. 49–54. (In Russ)
4. Markin S.P. Sovremennyj vzglyad na problemu boli v pozvonochnike [Modern View of Spinal Pain]. *Russkij medicinskij zhurnal* [Russian Medical Journal]. 2009. Vol. 17, N 11. Pp. 794–797. (In Russ)
5. Orlova O.R., Mingazova L.R., Vejn A.M. Miofascialnyj bolevoj sindrom licza: novye aspekty kliniki, patogeneza i lecheniya [Myofascial facial pain syndrome: new aspects of clinic, pathogenesis and treatment]. *Novoe v stomatologii* [New in dentistry]. 2003. N 1. Pp. 25–29. (In Russ)
6. Slavichek R. Zhevatelnyj organ [Chewing Organ]. Moskva. 2008. 543 p. (In Russ)
7. Tursunova K.B., Chutko L.S. Emocionalnye narusheniya v patogeneze cervikogennoj golovnoj boli [Emotional disorders in the pathogenesis of cervical headache]. *Zhurnal neurologii i psixiatrii im. S.S. Korsakova* [Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov]. 2012. Vol. 112, N 4. Pp. 74–76. (In Russ)
8. Albus C., Waller C., Fritzsche K. [et al.] Significance of psychosocial factors in cardiology: update 2018: Position paper of the German Cardiac Society / Clinical Research in Cardiology. 2019. Vol. 108, N 11. Pp. 1175–1196. <https://doi.org/10.1007/s00392-019-01488-w>.
9. Boxtel A.V. Facial EMG as a tool for inferring affective states / Proceedings of Measuring Behavior. Eds. : A.J. Spink. (Eindhoven, The Netherlands, August 24–27, 2010). 2010. Pp. 104–108.
10. Cram J.R. Clinical EMG for Surface recordings. *Clinical Resources*. 1990. Vol. 2. Pp. 175–196.
11. Finzi E., Rosenthal N. Emotional proprioception: Treatment of depression with afferent facial feedback. *Journal of Psychiatric Research*. 2016. N 80. Pp. 93–96. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.06.009>
12. Jochum H., Keel P., Baumgartner-Gruber A. [et al.] Bruxism, myoarthropathy and psychosomatics. *Swiss Dent Journal*. 2019. Vol. 129, N 4. Pp. 287–292.
13. Heller A.S., Lapate R.C., Mayer K.E., Davidson R.J. The face of negative affect: Trial-by-trial corrugator responses to negative pictures are positively associated with amygdala and negatively associated with ventromedial prefrontal cortex activity. *Journal of Cognitive Neuroscience*. 2014. Vol. 26, N 9. Pp. 2102–2110. https://doi.org/10.1162/jocn_a_00622.
14. Mieszko W., Zietek M., Smardz J. [et al.] Mental Status as a Common Factor for Masticatory Muscle Pain: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*. 2017.

Vol. 8. P. 646. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00646>.

15. McEwen B.S., Gray J.D., Nasca C. Redefining neuroendocrinology: stress, sex and cognitive and emotional regulation. *Journal of Endocrinology*. 2015. Vol. 226, N 2. Pp. 67–83. <https://doi.org/10.1530/JOE-15-0121>.

16. Souza-Talarico J.N., Wan N., Santos S. [et al.] Cross-country discrepancies on public understanding of stress concepts: evidence for stress-management psychoeducational programs. *BMC Psychiatry*. 2016. N 16. P. 181. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0886-6>.

Received 04.02.2020

For citing. Dubinskaya A.D., Kukshina A.A., Kotelnikova A.V., Tkachenko G.A. Vzaimosvyaz mezhdru psihologicheskim statusom i tonicheskoy aktivnostyu licevyyh myshcz u prakticheski zdorovyh zhenshhin. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 73. Pp. 110–126. **(In Russ.)**

Dubinskaya A.D., Kukshina A.A., Kotelnikova A.V., Tkachenko G.A. The correlation between psychological status and tonic activity of facial muscles in healthy women. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 73. Pp. 110–126.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: ПРОБЛЕМА И ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ

¹ Клинический центр Итальянского института микропсихоанализа
(Россия, Москва, Порядковый пер., д. 21);

² Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена
(Россия, Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, д. 48).

Статья освещает аналитический обзор современной литературы, посвященный проблеме суицидального поведения в подростковом возрасте. Раскрыты показатели суицидального поведения в мире и отдельных странах. Проанализированы психологические особенности подростков, склонных к суицидальному поведению, причины формирования склонности к суицидальному поведению в подростковом возрасте. Рассмотрены подходы, объясняющие природу суицидального поведения и факторы его возникновения (психологические, социологические, семейные, экономические и духовные). Раскрыта связь между суицидальным поведением, депрессией и семейными факторами.

Ключевые слова: парасуицидальное поведение, парасуицид, самоубийство, суицидальное поведение, подростковый возраст.

В настоящее время суицидальная активность детей и подростков стала предметом пристального внимания всего общества. Попытки самоубийства и самоповреждения являются основными проблемами общественного здравоохранения, связанными со смертью от самоубийства [25, с. 15].

Суицид (самоубийство) – это осознанный акт самоустранения человека из жизни под воздействием острых психотравмирующих ситуаций, при которых собственная жизнь как высшая ценность теряет смысл. Иначе говоря, суицид является деструктивным способом преодоления кризиса, который переживает человек [3, с. 33].

Цель исследования: осветить психологические особенности подростков, склонных к суицидальным действиям, определить показатели и факторы суицидального поведения в подростковом возрасте.

✉ Исагулова Елена Юрьевна – клинич. психолог, руководитель Клинического центра Итальянского института микропсихоанализа (Россия, 127005, Москва, Порядковый пер., д. 21), e-mail: 9477877@gmail.com;

Алёхин Анатолий Николаевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. клинич. психологии и психологической помощи Рос. гос. педагогического ун-та им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, д. 48), e-mail: termez59@mail.ru.

К суицидальному поведению обычно относят завершённые самоубийства, суицидальные попытки (или парасуицид) и намерения совершить самоубийство. Уровень самоубийств связан с физическими, биологическими и психическими показателями здоровья, а также с такими переменными, как образ жизни, религиозные тенденции, социальный класс, возраст, пол, образование, семейное положение [1].

Долгое время в мире преобладала психопатологическая концепция, которая однозначно определяла самоубийство как выражение и результат психического расстройства личности. Согласно современным научным концепциям, самоубийство чаще всего рассматривается как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях конфликтов, которые переживаются им (в то же время не исключается вероятность совершения суицида и вследствие психических расстройств) [8, с. 56].

Самоубийства превратились в одну из острейших проблем современного общества. Они занимают ведущие места среди причин смертности трудоспособного населения и сохраняют тенденцию к росту в ряде государств мира, в том числе в различных регионах РФ. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сообщает, что ежегодно в мире от самоубийств умирает около одного миллиона человек. На первом месте в мире по самоубийствам в рейтинге стран стоит Гайяна, на втором – КНДР, тройку лидеров закрывает Южная Корея. По оценкам ВОЗ, в 2020 году приблизительно 1,53 миллиона человек умрут от самоубийства и по крайней мере в 10 раз больше людей попытаются совершить самоубийство во всем мире. В последнее время уверенно набирает обороты проблема подросткового суицида. Самоубийство является третьей по значимости причиной смерти среди людей в возрасте 15–29 лет (после несчастных случаев и убийств) и шестой по значимости причиной смерти у детей в возрасте 5–14 лет [29]. По данным М.В. Гусевой, уровень самоубийств в России составляет 38-39, а у населения Москвы – 13–14 случаев (на 100 тыс. населения). Вместе с тем значительная часть самоубийств официально не регистрируется, является латентной и причина смерти указывается как несчастный случай, падение с высоты, отравление, дорожно-транспортное происшествие [5, с. 149].

Самоубийство – это многофакторное явление, которое возникает в результате комплекса психологических, социологических, экономических и культурных факторов. Определение факторов, которые предсказывают переход от суицидальных мыслей или несуйцидального самоповреждения

к попыткам самоубийства, имеет решающее значение для улучшения прогнозирования и предотвращения самоубийств [6, с. 36].

Результаты сравнительной оценки выраженности анамнестических, личностных и конфликтогенных факторов риска суицидального поведения у лиц молодого, среднего и пожилого возраста позволили И.И. Хлусову выявить наиболее прогностичные медико-психологические признаки (показатели, характеристики, переменные) факторов риска суицидального поведения. Исходя из полученных результатов исследования, автором выявлено, что анамнестические факторы риска суицидального поведения чаще всего проявляются в среднем возрасте и в меньшей степени – в пожилом, конфликтогенные факторы риска чаще бывают в молодом и среднем возрасте, индивидуально-психологические факторы – в среднем и пожилом возрасте. Среди анамнестических факторов риска суицидального поведения значимыми у лиц молодого возраста – «компьютерная (игровая, интернет) зависимость», «суицидальные попытки у родственников» и «недостаток “тепла” в семье и в детстве» [11, с. 53].

В.Ю. Рыбниковым и соавт. в результате проведенного исследования социально-психологических факторов риска суицидального поведения у лиц трудоспособного возраста (20–60 лет) выявлено, что у мужчин при высоком риске суицидального поведения ведущими являются личностные особенности (импульсивность, агрессивность, тревожность), приводящие к высокому уровню конфликтности с окружающими и, как следствие, к социальной изоляции, замкнутости и самоагрессии. У женщин риск суицида детерминирован несформированностью семейных отношений, отсутствием понимания, сочувствия, поддержки окружающих при высокой ранимости и чувствительности, пассивности поведения [10, с. 61].

Д.С. Чижова и соавт. уточняют, что структура завершенных самоубийств населения мегаполиса характеризуется половозрастными особенностями, выраженным превалированием трудоспособного возраста мужчин, наличием различных возрастных пиков суицидальной активности у мужчин и женщин, а также увеличением самоубийств среди женщин и тесной взаимосвязью самоубийств с социальной группой населения и психосоматическим статусом [13, с. 196]. Необходимо, однако, отметить, что очень часто те причины, которые «запускают» в подростковом возрасте суицидальное поведение, для взрослого человека не являются потенциальными катализаторами аутоагрессивного поведения (ААП) [3, с. 33].

Было установлено, что факторы риска, такие как психологический стресс, подверженность запугиванию и насилию, вовлеченность родите-

лей, а также злоупотребление алкоголем и запрещенными наркотиками, связаны с повышенным риском попытки самоубийства. Так, J. Peterson et al. в качестве факторов риска суицидального поведения выделяют: депрессию, употребление ПАВ, беспокойство, импульсивную агрессию, детскую психологическую травму. Поскольку эти факторы часто вызывают усиление стресса, они могут привести подростков с соответствующими чертами личности к самоубийству как способу избегания. Поэтому любой психосоциальный фактор или фактор окружающей среды может быть фактором риска суицидального поведения в подростковом возрасте [25, с. 15].

В большинстве случаев подростки практикуют ААП без намерения убить себя. Согласно исследованиям G. Turechi et al., только 1/3 из 50 обследованных после актов самоповреждения подростков намеревались умереть, в то время как 42 % высказали незаинтересованность в результате, а четверть сообщили, что не хотели таким образом закончить свою жизнь [27, с. 1228]. Несмотря на то что в некоторых случаях подростки указывают на собственные суицидальные намерения, акты самоповреждения обычно не приводят к смерти. Возможно, указание на суицидальные намерения при ААП является запросом на признание действия социально приемлемым или на получение помощи от социальных структур. По результатам исследования M.J. Marttunen et al., подростки, совершающие ААП без суицидальных намерений, «имели расстройства социального поведения, испытывали влияние острых проблем и хотели, чтобы помощь была им оказана немедленно. Они могли быть импульсивными, их эмоции и мотивы поведения были нестабильны, но в будущее они смотрели с оптимизмом». В то же время подростки, вовлеченные в ААП с суицидальными намерениями, были «подавлены, одиноки, смотрели в будущее без надежды и меньше выражали запрос о помощи» [24, с. 12].

В качестве наиболее частого объяснения акту ААП подростки описывали невыносимую ярость, чувство изолированности или желание выйти из болезненной ситуации, что позволяет увидеть причину ААП в отсутствии навыков переживания нежелательных событий. Эти чувства могут возникать по причине отсутствия коммуникации внутри семьи и психологической дестабилизации в результате разрыва отношений с родителями или партнерами [19, с. 1045].

Большинство ученых сходятся во мнении, что ни одна суицидальная попытка не обходится без так называемых «предупредительных знаков». K. King, R.A. Vidourek отмечают, что подростковые суицидальные предупреждающие знаки охватывают три конкретные категории: поведенческие

предупреждающие знаки, устные предупреждающие знаки, стрессовые жизненные события [23, с. 16]. Поведенческие предупреждающие знаки включают конкретные действия, которые подростки могут проявлять при суицидальных намерениях. Устные предупреждающие знаки включают в себя конкретные заявления или фразы, которые подростки могут высказывать при суицидальных намерениях. Стрессовые жизненные события включают конкретные случаи в жизни подростков, которые приводят к травматическому или расстраивающему опыту и могут привести к суицидальным идеям.

Подростковый возраст несет в себе уникальное сопоставление расширенного охвата социальных исследований и доступа в сочетании с возросшим стремлением к поиску ощущений, импульсивности и чувствительности к социальным сигналам. Сочетание расширенного социального доступа с когнитивной и неврологической незрелостью прокладывает путь для подростков к рискованному, импульсивному поведению [31, с. 181]. Тяжелая депрессия, сопровождаемая социальной изоляцией, агрессивным поведением или тревогой, является особенно прогностической. Импульсивная тенденция действовать, не продумывая план и его последствия, является симптомом ряда этих психических расстройств и связана с суицидальным поведением [9, с. 39-42].

Психологическое расстройство или эмоциональные затруднения увеличивают риск самоубийства у подростков. К факторам риска относятся различные психиатрические диагнозы (например, депрессия, пограничное расстройство личности, расстройство поведения, шизофрения, панические расстройства), межличностные проблемы, проблемы с адаптивными навыками (плохой импульсный контроль, безнадежность) и прошлый опыт развития (например, травма) [28, с. 575]. Подростки, которые пытались совершить самоубийство в прошлом, в 60 раз чаще совершают самоубийство, чем те, кто этого не делал [21, с. 496]. Кроме того, самоповреждение является важным предиктором будущего завершеного самоубийства. Возможно несколько объяснений этой связи, включая общую нейробиологическую уязвимость к самоповреждениям, повышенный риск социального отчуждения или психических заболеваний в результате несуицидального самоповреждения [2, с. 36-45].

Злоупотребление психоактивными веществами играет значительную роль в самоубийстве среди подростков и в попытках самоубийства, особенно у подростков старшего возраста, когда оно сочетается с депрессией [17, с. 494]. Систематический обзор Pompili et al. доказал взаимосвязь меж-

ду злоупотреблением психоактивными веществами и риском суицида среди подростков, продемонстрировав, что регулярное употребление наркотиков (каннабис, алкоголь, героин, кокаин) усиливает депрессию, безнадежность и суицидальное поведение [26, с. 469].

Семейные факторы также важны для понимания, поскольку родители могут многое сделать, чтобы снизить риск самоубийства. Потеря или нестабильность семьи, родители-девианты или создание новой семьи также увеличивают риск депрессии и самоубийства [20, с. 1073]. Наиболее прогностическими являются жестокое обращение с детьми и пренебрежение ими (любого рода), насилие в семье. Плохое общение между родителями и детьми, часто характерное для трудных условий, усиливает сомнения в себе и депрессию [18, с. 135]. Многие ученые, занимающиеся проблематикой жизнестойкости, рассматривают детский и подростковый возраст как важный этап в развитии компонентов жизнестойкости, копинга и механизмов психологических защит. Так, считается, что жизнестойкость появляется в начале жизни, а также частично в отрочестве. Главным стержнем ее развития выступают детско-родительские отношения, поскольку и ребенок, и родители привносят в них свой набор врожденных потребностей и способностей (так называемое ядро личности). Именно в детском возрасте происходит освоение эффективных стратегий и способов совладающего поведения, которые впоследствии становятся неизменным личностным ресурсом совладания с трудными жизненными ситуациями [31, с. 181].

Многие из предположений Дюркгейма, одного из самых известных теоретиков проблемы самоубийства в конце XIX века, были основаны на модели развития систем. Им была подчеркнута важная роль социальных факторов в этиологии суицидальных попыток. Согласно теории Дюркгейма (1897), дезорганизация социальных сил приводит к попытке самоубийства. Он предположил, что отсутствие социальной интеграции помимо моральной интеграции приводит к росту попыток самоубийства [30, с. 497].

При изучении социального опыта подростков и его влияния на результаты развития необходимо учитывать гендерные аспекты. С юных лет девочки и мальчики по-разному социализируются родителями, учителями, средствами массовой информации и сверстниками [22, с. 282]. Практически от каждого агента социализации девочки и мальчики получают сообщения с гендерной спецификой о целях, идеалах, подходящем поведении, сильных и слабых сторонах. Девочки учатся (прямо и косвенно) ценить отношения, сотрудничество и эмоциональное выражение, в то время как

мальчики социализируются, чтобы сосредоточиться на конкуренции и доминировании. С этой точки зрения, гендерные различия в психологическом стрессе не удивительны. У подростков женского пола более высокая эмоциональная интенсивность и более сильные эмоциональные реакции на социальные раздражители по сравнению с юношами, а также у них отмечен более высокий уровень депрессии. Кроме того, девочки-подростки чаще сообщают о суицидальных мыслях и попытках, чем мальчики-подростки [18, с. 138].

Одной из общих тем социологических теорий, касающихся попыток самоубийства, является тот факт, что позитивные социальные связи могут защищать от попыток самоубийства, тогда как негативные социальные связи могут повышать риск попытки самоубийства. Другими словами, социальный контекст является решающим фактором в понимании риска попытки самоубийства. Факторы, связанные с отношениями со сверстниками, достаточно важны для понимания риска самоубийства. Неудивительно, что подростки, которые ведут беспорядочную жизнь, делают аборт или начинают половую жизнь в раннем возрасте, испытывают высокие эмоциональные переживания и, следовательно, подвергаются риску суицидального поведения [14, с. 540]. Кроме того, особую роль занимает молодежь, вовлеченная в насилие со стороны сверстников, в том числе и по причине буллинга, каждый второй подросток в России сталкивался с травлей в школе. О буллинге со стороны сверстников рассказали 52 % опрошенных в возрасте от 10 до 18 лет – в первую очередь они жалуются на психологическую агрессию (32 %) и физическую, проявляющуюся в толчках и побоях (26,6 %) [4, с. 24].

В исследовании Е.Е. Малковой и соавт. показано ключевое значение характера взаимоотношений со сверстниками в качестве предиктора возникновения отклонений в поведении подростков. Описаны типы межличностных отношений, присущих социально адаптированным подросткам и подросткам-девиантам. Для девиантных подростков, по данным исследования, преобладающими типами межличностных отношений являются властно-лидирующий, зависимо-послушный и сотрудничающе-конвенциональный, в то время как для социально адаптированных подростков характерно гармоничное сочетание черт всех типов межличностных отношений [7, с. 133].

Чрезмерная эмоциональная зависимость от других, отсутствие социальной поддержки от друзей и низкая самооценка социальной компетентности приводят к более высокому риску суицида. Как считают многие ав-

торы, сегодня подросток может убить себя в результате воздействия так называемых закрытых «групп смерти» в социальных сетях. На них приходится 1 % от общего числа смертей [17, с. 494]. В феврале 2018 г. «Центр интернет-технологий» провел исследование «групп смерти» в социальных проектах. Печальная статистика исследования показала, что предпринимаемые попытки социальных проектов уменьшить число подобных хештегов не дали результатов и число игроков возросло. С начала 2017 г. найдены около 40 тысяч возможных участников «групп смерти» [12].

Глубина и характер духовной жизни молодежи также могут быть важным фактором при принятии решения о вреде себе. Подростки с сильными христианскими религиозными убеждениями лучше способны подавлять импульсивные искушения самоубийства и искать пути понимания и поддержки. Они также чаще общаются со сверстниками и взрослыми, которые могут предложить жизнеспособные альтернативы самоубийству [15, с. 6].

Заключение

Таким образом, риск самоубийства значительно выше у подростков с депрессией, тревогой, негативным самовосприятием и симптомами враждебности. Подростковый возраст с его эмоциональными колебаниями и склонностью к импульсивности и безрассудному поведению является периодом времени, который должен быть направлен на предотвращение самоубийств, и эти методы профилактики должны быть ориентированы конкретно на уникальные потребности развития этой группы населения. Хотя эпидемиологические данные имеют важное значение для разработки вмешательств, суицидальное поведение имеет большое количество основных причин, которые сложно понять и которые различаются в разных странах, что делает профилактические мероприятия более сложными и разнообразными. При этом современные модели феноменов самоубийств у подростков подчеркивают важность различения суицидальных представлений, не-суицидального самоповреждения, попытки самоубийства и совершенного самоубийства; ключевую роль депрессии в переходе от суицидальных представлений к попыткам самоубийства, при которых депрессия является сильным проксимальным фактором; а также тот факт, что многочисленные выявленные факторы риска не охватывают весь риск идеи суицида. В связи с чем, при прогнозировании риска самоубийства должны приниматься во внимание защитные факторы.

Литература

1. Банников Г.С., Кошкин К.А. Кризисные состояния у подростков (пре-суицидальные маркеры, особенности личности, стратегии кризисной психотерапевтической помощи) [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 2 (19). (режим доступа: <http://medpsy.ru>).
2. Бруг А.В. Клинико-психологическое исследование подростков с рецидивами суицидных попыток : дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2008. – 176 с.
3. Вагин Ю. Р. Корни суицидальной активности // Суицидология. – 2011. – № 4. – С. 32–48.
4. Воликова С.В., Нифонтова А.В., Холмогорова А.Б. Школьное насилие (буллинг) и суицидальное поведение детей и подростков // Вопросы психологии. – 2013. – № 2. – С. 24–31.
5. Гусева М.В. Медико-психологические особенности самоубийств населения мегаполиса // Вестник психотерапии. – 2004. – № 12 (17). – С. 149–150.
6. Каневский В.И. Ситуация, надситуативность и парасуицид // Суицидология. – 2013. – Т. 4, № 1. – С. 36–42.
7. Малкова Е.Е., Наумова А.А. Особенности межличностных отношений подростков-девиантов // Вестник психотерапии. – 2014. – № 52 (57). – С. 130–138.
8. Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 4. – С. 55–62.
9. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. – СПб. : СпецЛит, 2017. – 366 с.
10. Рыбников В.Ю., Градскова У.И. Многомерный анализ социально-психологических факторов риска суицидального поведения у мужчин и женщин трудоспособного возраста // Вестник психотерапии. – 2014. – № 52 (57). – С. 59–66.
11. Хлусов И.И. Медико-психологическая оценка факторов риска суицидального поведения у лиц разных возрастных групп // Вестник психотерапии. – 2011. – № 37 (42). – С. 50–55.
12. Центр интернет-технологий «РОЦИТ» [Электронный ресурс]. (Режим доступа: <https://rocit.ru/>).
13. Чижова Д.С., Хлусов И.И. Эпидемиология и медико-психологические особенности самоубийств населения мегаполиса, проблемы кризисно-суицидологической помощи // Вестник психотерапии. – 2007. – № 24 (29). – С. 195–198.
14. Bilsen J. Suicide and youth: risk factors // Front Psychiatry. – 2018. – N 9. – P. 540.
15. Borowsky I.W., Taliaferro L.A., McMorris B.J. Suicidal thinking and behavior among youth involved in verbal and social bullying: risk and protective factors // Journal of adolescent health. – 2013. – N 53. – Pp. 4–12.
16. Bowlby J. Attachment and Loss. Vol. 3: Loss Sadness and Depression. – New York: Basic Books. – 1980. – 462 p.
17. Bradshaw C.P., Waasdorp T.E., Johnson S.L. Overlapping verbal, relational, physical, and electronic forms of bullying in adolescence: influence of school context //

Journal of clinical child and adolescent psychology. – 2015. – Vol. 44, N 3. – Pp. 494–508.

18. Brown G.L., Craig A.B., Halberstadt A.G. Parent gender differences in emotion socialization behaviors vary by ethnicity and child gender. Science and practice of parenting. – 2015. – Vol. 15, N 3. – Pp. 135–157.

19. Chronis-Tuscano A., Molina B.S. G., Pelham W.E. Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder // Archives of General Psychiatry. – 2010. – N 67. – Pp. 1044–1051.

20. Dunlop S. M., More E., Romer D. Where do youth learn about suicides on the internet, and what influence does this have on suicidal ideation? // Journal Child Psychol Psychiatry. – 2011. – Vol. 52, N 10. – P. 1073–1080.

21. Holt M.K., Vivolo-Kantor A.M., Polanin J.R. [et al.] Bulling and suicidal ideation and behavior: a meta-analysis // Pediatrics. – 2015. – Vol. 135, N 2. – P. 496–509.

22. Im Y., Oh W.O., Suk M. Risk factors for suicide ideation among adolescents: five-year national data analysis // Arch Psychiatr Nurs. – 2017. – Vol. 31, N 3. – Pp. 282–286.

23. King K., Vidourek R.A. Teen depression and suicide: effective prevention and intervention strategies // The Prevention Researcher. – 2012. – Vol. 19, N 4. – Pp. 15–17.

24. Marttunen M.J., Aro H.M., Lonnqvist J.K. Adolescence and suicide: a review of psychological autopsy studies // European Child and Adolescent Psychiatry. – 1993. – Vol. 2, N 1. – P. 10–18.

25. Peterson J., Freedenthal S., Coles A. Adolescents who self-harm: how to protect them from themselves: strengthen coping skills, develop a safety plan, and treat comorbid disorders // Current Psychiatry. – 2010. – Vol. 9, N 8. – P. 15-A.

26. Pompili M., Serafini G., Innamorati M. [et al.] Substance abuse and suicide risk among adolescents // European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. – 2012. – N 262. – Pp. 469–485.

27. Turechi G., Brent D.A. Suicide and suicidal behavior // The Lancet. – 2016. – N 387. – Pp. 1227–1239.

28. Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C. [et al.] The interpersonal theory of suicide // Psychological Review. – 2010. – N 117. – Pp. 575–600.

29. Who mental health. Geneva: World Health Organization. – 2018. – Available online at: http://www.who.int/mental_health/en/.

30. Wilkinson P., Kelvin R., Roberts C. [et al.] Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the adolescent depression antidepressants and psychotherapy trial (ADAPT) // American Journal of Psychiatry. – 2011. – Vol. 168, N 5. – Pp. 495–501.

31. You S., Van Orden K. A., Conner K. R. Social connections and suicidal thoughts and behavior // Psychol Addict Behav. – 2011. – Vol. 25, N 1. – Pp. 180–184.

Поступила 13.12.2019

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Исагулова Е.Ю., Алёхин А.Н. Суицидальное поведение в подростковом возрасте: проблема и факторы формирования // Вестн. психотерапии. 2020. № 73 (78). С. 127–140.

SUICIDAL BEHAVIOR IN ADOLESCENCE: A PROBLEM AND FACTORS OF FORMATION

Isagulova E.Yu.¹, Alyohin A.N.²

¹ Clinical Center of the Italian Institute of Micropsychoanalysis (Poryadkovyj per., 21, Moscow, Russia);

² Russian State Pedagogical University named after A.I. Herzen (Moika River Emb., 48, St. Petersburg, Russia).

✉ Elena Yurievna Isagulova – clinical psychologist, head of the Clinical Center of the Italian Institute of Micropsychoanalysis (Poryadkovyj per., 21, Moscow, 127005, Russia), e-mail: 9477877@gmail.com;

Anatoliy Nikolaevich Alyohin – Dr. Med. Sci., prof., head of the department of clinical psychology and psychological assistance, Russian State Pedagogical University named after A.I. Herzen (Moika River Emb., 48, St. Petersburg, 191186, Russia), e-mail: termez59@mail.ru.

Abstract. The article covers an analytical review of modern literature on the problem of suicidal behavior in adolescence. Disclosed indicators of suicidal behavior in the world and individual countries. The psychological characteristics of adolescents prone to suicidal behavior, the causes of the formation of a tendency to suicidal behavior in adolescence are analyzed. The approaches explaining the nature of suicidal behavior and the factors of its occurrence (psychological, sociological, family, economic and spiritual) are considered. The relationship between suicidal behavior, depression and family factors is disclosed.

Key words: parasuicidal behavior, parasuicide, suicide, suicidal behavior, adolescence.

References

1. Bannikov G.S., Koshkin K.A. Krizisnye sostoyaniya u podrostkov (presuicidalnye markery, osobennosti lichnosti, strategii krizisnoj psixoterapevticheskoy pomoshhi) [Crisis states in teenagers (presuicidal markers, personality features, crisis psychotherapeutic care strategies)]. *Medicinskaya psixologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn* [Medical psychology in Russia: electron. Sci. Journal]. 2013. N 2 (19). <http://medpsy.ru>. (In Russ.)

2. Brug A.V. Kliniko-psixologicheskoe issledovanie podroستkov s recidivami suicidalnyh popytok [Clinical-psychological study of teenagers with recurrence of suicidal attempts]: dissertation PhD Med. Sci. Sankt-Peterburg, 2008. 176 p. (In Russ.)
3. Vagin Yu. R. Korni suicidalnoj aktivnosti [Roots of suicidal activity]. *Suicidologiya* [Suicidal]. 2011. N 4. Pp. 32–48. (In Russ.)
4. Volikova S.V., Nifontova A.V., Holmogorova A.B. Shkol'noe nasilie (bullying) i suicidal'noe povedenie detej i podroستkov [School violence (bullying) and suicidal behavior of children and teenagers]. *Voprosy psihologii* [Issues of psychology]. 2013. N 2. Pp. 24–31. (In Russ.)
5. Guseva M.V. Mediko-psihologicheskie osobennosti samoubijstv naseleniya megapolisa [Medical and Psychological Features of Suicide of the Population of the Metropolis]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2004. N 12 (17). Pp. 149–150. (In Russ.)
6. Kanevskij V.I. Situaciya, nadsituativnost i parasuicide [Situation, oversivity and Parasuicide]. *Suicidologiya* [Suicidal]. 2013. Vol. 4, N 1. Pp. 36–42. (In Russ.)
7. Malkova E.E., Naumova A.A. Osobennosti mezhlchnostnyh otnoshenij podroستkov-deviantov [Peculiarities of interpersonal relations of teenagers-deviants]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 52 (57). Pp. 130–138. (In Russ.)
8. Polozhij B.S. Integrativnaya model' suicidal'nogo povedeniya [Integrative Model of Suicidal Behavior]. *Rossijskij psihiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2010. N 4. Pp. 55–62. (In Russ.)
9. Popov Yu.V., Pichikov A.A. Suicidalnoe povedenie u podroستkov. [Suicidal behavior in teenagers]. Sankt-Peterburg, 2017. 366 p. (In Russ.)
10. Ry'bnikov V.Yu., Gradszkova U.I. Mnogomerny'j analiz socialno-psihologicheskix faktorov riska suicidal'nogo povedeniya u muzhchin i zhenshhin trudospособnogo vozrasta [Multidimensional analysis of social and psychological risk factors of suicidal behavior in men and women of working age]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 52 (57). Pp. 59–66. (In Russ.)
11. Hlусov I.I. Mediko-psihologicheskaya ocenka faktorov riska suicidal'nogo povedeniya u licz raznyh vozrastnyh grupp [Medical and psychological assessment of risk factors of suicidal behavior in persons of different age groups]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2011. N 37 (42). Pp. 50–55. (In Russ.)
12. Centr internet-tehnologij «ROCIT» [Internet Technology Center "ROCIT"]. <https://rocit.ru/>. (In Russ.)
13. Chizhova D.S., Hlусov I.I. E'pidemiologiya i mediko-psihologicheskie osobennosti samoubijstv naseleniya megapolisa, problemy' krizisno-suicidologicheskoy pomoshhi [Epidemiology and medical and psychological features of suicide of the population of the metropolis, problems of crisis and suicidal care]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2007. N 24 (29). P. 195–198. (In Russ.)
14. Bilsen J. Suicide and youth: risk factors. *Front Psychiatry*. 2018. N 9. Pp. 540.
15. Borowsky I.W., Taliaferro L.A., McMorris B.J. Suicidal thinking and behavior among youth involved in verbal and social bullying: risk and protective factors. *Journal of adolescent health*. 2013. N 53. Pp. 4–12.

16. Bowlby J. Attachment and Loss. Vol. 3: Loss Sadness and Depression. New York, 1980. 462 p.
17. Bradshaw C.P., Waasdorp T.E., Johnson S.L. Overlapping verbal, relational, physical, and electronic forms of bullying in adolescence: influence of school context. *Journal of clinical child and adolescent psychology*. 2015. Vol. 44, N 3. Pp. 494–508.
18. Brown G.L., Craig A.B., Halberstadt A.G. Parent gender differences in emotion socialization behaviors vary by ethnicity and child gender. *Science and practice of parenting*. 2015. Vol. 15, N 3. Pp. 135–157.
19. Chronis-Tuscano A., Molina B.S. G., Pelham W.E. Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2010. N 67. Pp. 1044–1051.
20. Dunlop S.M., More E., Romer D. Where do youth learn about suicides on the internet, and what influence does this have on suicidal ideation? *Journal Child Psychol Psychiatry*. 2011. Vol. 52, N 10. P. 1073–1080.
21. Holt M.K., Vivolo-Kantor A.M., Polanin J.R. [et al.] Bulling and suicidal ideation and behavior: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2015. Vol. 135, N 2. Pp. 496–509.
22. Im Y., Oh W.O., Suk M. Risk factors for suicide ideation among adolescents: five-year national data analysis. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017. Vol. 31, N 3. P. 282–286.
23. King K., Vidourek R.A. Teen depression and suicide: effective prevention and intervention strategies. *The Prevention Researcher*. 2012. Vol. 19, N 4. Pp. 15–17.
24. Marttunen M.J., Aro H.M., Lonnqvist J.K. Adolescence and suicide: a review of psychological autopsy studies. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 1993. Vol. 2, N 1. Pp. 10–18.
25. Peterson J., Freedenthal S., Coles A. Adolescents who self-harm: how to protect them from themselves: strengthen coping skills, develop a safety plan, and treat comorbid disordersn. *Current Psychiatry*. 2010. Vol. 9, N 8. Pp. 15-A.
26. Pompili M., Serafini G., Innamorati M. [et al.] Substance abuse and suicide risk among adolescents. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2012. N 262. Pp. 469–485.
27. Turechi G., Brent D.A. Suicide and suicidal behavior. *The Lancet*. 2016. N 387. Pp. 1227–1239.
28. Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C. [et al.] The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*. 2010. N 117. Pp. 575–600.
29. Who mental health. Geneva: World Health Organization. 2018. Available online at: http://www.who.int/mental_health/en/.
30. Wilkinson P., Kelvin R., Roberts C. [et al.] Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the adolescent depression antidepressants and psychotherapy trial (ADAPT). *American Journal of Psychiatry*. 2011. Vol. 168, N 5. Pp. 495–501.
31. You S., Van Orden K.A., Conner K.R. Social connections and suicidal thoughts and behavior. *Psychol Addict Behav*. 2011. Vol. 25, N 1. Pp. 180–184.

Received 13.12.2019

For citing. Isagulova E.Yu., Alyohin A.N. Suicidalnoe povedenie v podrostkovom vozraste: problema i faktory formirovaniya. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 73. Pp. 127–140. **(In Russ.)**

Isagulova E.Yu., Alyohin A.N. Suicidal behavior in adolescence: a problem and factors of formation. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 73. Pp. 127–140.



ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»
Редакционная коллегия

194352 Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11,
тел. (812) 592-35-79, 923-98-01
e-mail: vestnik-pst@yandex.ru

Уважаемые коллеги!

Учредителем журнала «Вестник психотерапии» является Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Санкт-Петербург). Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ, Санкт-Петербург), ранее являвшийся учредителем журнала, оказывает содействие в развитии, издании и обеспечении функционирования журнала.

Журнал издается с 1991 г. и является научным рецензируемым изданием, имеет свидетельство о перерегистрации средства массовой информации ПИ № ФС77-34066 от 07 ноября 2008 г., выданное Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций РФ. С 2002 г. журнал включен в каталог Роспечати РФ (индекс–15399) и на всей территории РФ и СНГ проводится его подписка через почтовые отделения. На 2 полугодие 2020 г. подписка будет проводиться по объединенному каталогу «Пресса России» (индекс–15399). Журнал выпускается 4 раза в год.

Журнал «Вестник психотерапии» включен в Перечень научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук (<http://vak.ed.gov.ru/87>) по научным специальностям и соответствующим им отраслям науки: 14.01.06 – Психиатрия (медицинские науки), 19.00.04 – Медицинская психология (медицинские науки), 19.00.04 – Медицинская психология (психологические науки). Основание: Распоряжение Минобрнауки России от 28.12.2018 № 90-р «О формировании Перечня рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук» (102 стр., № 391).

Желающие опубликовать свои научные материалы (статьи, обзоры, краткие информационные сообщения) должны представить их в редакцию журнала в текстовом редакторе WORD (не старше 2003 г.), шрифт Times New Roman, 14-й шрифт, межстрочный интервал полуторный, поля по 2,5 см с каждой стороны. Должны быть указаны фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность и место работы автора (авторов), адрес (почтовый и e-mail) и телефон (телефоны). Статья должна быть подписана автором (авторами).

Материал статьи представляется по ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские». Рекомендуемый объем статьи 10–20 стр. (28–30 строк на стр., до 70 знаков в строке). К статье должно быть приложено резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не менее ½ стр. Название статьи, реферат, ключевые слова, сведения об авторах, переводятся на английский язык. Англоязычное название места работы приводится в точном соответствии с Уставом учреждения. Диагнозы заболеваний и формы расстройств

поведения следует соотносить с МКБ-10. Единицы измерений приводятся по ГОСТу 8.471-2002 «Государственная система обеспечения единства измерений. Единицы величин». Список литературы оформляется по ГОСТу 7.05.2008 «Библиографическая ссылка ...». Независимо от количества авторов все они выносятся в заголовки библиографической записи.

Рукописи рецензируются членами редакционного совета или редакционной коллегии и ведущими специалистами данных областей медицины и психологии. При положительной рецензии поступившие материалы будут опубликованы. Представленные материалы должны быть актуальными, соответствовать профилю журнала, отличаться новизной и научно-практической или теоретической значимостью. Фактический материал должен быть тщательно проверен и подтвержден статистическими данными или ссылками на источники, которые приводятся в конце статьи. При несоответствии статьи указанным требованиям тексты рукописей не возвращаются.

Направление статьи в журнал является согласием автора (авторов) на размещение статьи или ее материалов (реферата, цитатных баз и др.) в отечественных и зарубежных реферативно-библиографических базах данных.

Телефон (812) 592-35-79, 923-98-01 – заместитель главного редактора – кандидат психологических наук доцент Мильчакова Валентина Александровна (e-mail: vestnik-pst@yandex.ru).

Полнотекстовые версии журнала размещены на официальных сайтах ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России <http://www.arcerm.spb.ru> и МИРВЧ <http://www.mirvch.com>, а также на сайте научной электронной библиотеки <http://www.elibrary.ru>.

Главный редактор журнала – доктор медицинских наук, доктор психологических наук профессор Рыбников Виктор Юрьевич (e-mail: rvikirina@mail.ru)

Научный редактор журнала – доктор медицинских наук Черный Валерий Станиславович (e-mail: 9297911@list.ru)

Журнал «Вестник психотерапии» зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 г.

Свидетельство о перерегистрации – ПИ № ФС77-34066 от 7 ноября 2008 г. выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций.

Учредитель:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России).

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

Научный редактор – Черный Валерий Станиславович.

Корректор – Устинов Михаил Евграфович.

Индекс в каталоге Роспечать РФ «Газеты. Журналы» – 15399.

Индекс в объединенном каталоге «Пресса России» (2 полугодие 2020 г.) – 15399.

Адрес редакции: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д.11.

Адрес издательства и типографии: ООО «Политехника-сервис».

190005, г. Санкт-Петербург, Измайловский пр., д. 18-д.

тираж 500 экз.

цена – свободная

Отпечатано в типографии «Политехника-сервис»

с оригинала-макета заказчика.

190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.

Подписано в печать 26.03.2020. Печать – цифровая.

Бумага офсетная. Формат 60/84¹/₁₆. Тираж 500 экз.

Объем 9 п. л. Заказ 39814.