Статья поступила: 10.12.2025
Статья принята: 24.12.2025
Тип статьи: структурированный нарративный обзор
УДК: 159.923.2
МРНТИ: 76.29
DOI: 10.24412/1609-8692-2025-4-73-85

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ, СЕМЕЙНЫЕ И ШКОЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Бурпиева Д.Н.[1], Бердиярова Г.С.[2], Есимов Н.Б.[3], Есимова А.Д.[4]
[1] Клинико-диагностическая лаборатория «ОЛИМП», Алматы, Казахстан
[2] ТОО «Казахстанский медицинский университет "ВШОЗ"», Алматы, Казахстан
[3] РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК, Алматы, Казахстан
[4] НАО «Казахский национальный университет имени аль-Фараби», Алматы, Казахстан

Введение. Суицидальное поведение в подростковом возрасте представляет значимую медико-социальную проблему и формируется в результате взаимодействия индивидуальных, семейных и школьных факторов риска и защиты.
Цель. Систематизировать современные данные о психосоциальных, семейных и школьных детерминантах суицидального поведения подростков и определить ключевые направления многоуровневой профилактики.
Материалы и методы. Выполнен структурированный нарративный обзор литературы. Основной поиск был ориентирован на публикации базы PubMed за 2021–2025 гг.; анализировались исследования и обзоры, посвященные психическим расстройствам, неблагоприятному детскому опыту, употреблению психоактивных веществ, социальной изоляции, семейной дисфункции, буллингу, академическому стрессу и факторам социальной связанности. Данные синтезированы тематически без количественного метааналитического объединения.
Результаты. Наиболее последовательно с суицидальным риском ассоциированы депрессивные и тревожные расстройства, предшествующие самоповреждения и попытки суицида, неблагоприятный детский опыт, употребление психоактивных веществ, одиночество и виктимизация. На семейном уровне значимы конфликтность, насилие, психопатология родителей и дефицит поддержки; в школьной среде - буллинг, кибербуллинг, академическое давление и отчуждение от школы. Поддерживающие отношения с родителями, значимыми взрослыми и школьным сообществом выступают защитными ресурсами.
Обсуждение. Рассмотренные данные указывают на кумулятивный и многоуровневый характер риска: отдельный фактор редко объясняет суицидальное поведение вне контекста сопутствующих уязвимостей и доступных защитных ресурсов. Это обосновывает необходимость сочетать клиническое выявление риска с семейными и школьными профилактическими мерами.
Заключение. Профилактика подросткового суицидального поведения должна опираться на социоэкологический подход, объединяющий раннее выявление психических нарушений, поддержку семьи, снижение виктимизации и формирование безопасной, включающей школьной среды.
Ключевые слова: подростки; суицидальное поведение; факторы риска; семейная дисфункция; буллинг; школьная среда; защитные факторы

ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ СУИЦИДТІК МІНЕЗ-ҚҰЛҚЫНЫҢ ПСИХОӘЛЕУМЕТТІК, ОТБАСЫЛЫҚ ЖӘНЕ МЕКТЕПТІК ДЕТЕРМИНАНТТАРЫ

Бурпиева Д.Н.[1], Бердиярова Г.С.[2], Есімов Н.Б.[3], Есімова А.Д.[4]
[1] «ОЛИМП» клиникалық-диагностикалық зертханасы, Алматы, Қазақстан
[2] «ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті» ЖШС, Алматы қ., Қазақстан
[3] Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің «Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы» ШЖҚ РМК, Алматы қ., Қазақстан
[4] әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті КеАҚ, Алматы қ., Қазақстан

Кіріспе. Жасөспірімдік кезеңдегі суицидтік мінез-құлық маңызды медициналық-әлеуметтік мәселе болып табылады және жеке, отбасылық және мектептік қауіп пен қорғаныш факторларының өзара әрекеттесуінен қалыптасады.

Мақсаты. Жасөспірімдердің суицидтік мінез-құлқының психоәлеуметтік, отбасылық және мектептік детерминанттары туралы қазіргі деректерді жүйелеу және көпдеңгейлі профилактиканың негізгі бағыттарын айқындау.
Материалдар мен әдістер. Құрылымдалған нарративтік әдеби шолу жүргізілді. Негізгі іздеу PubMed дерекқорындағы 2021–2025 жылдардағы жарияланымдарға бағытталды; психикалық бұзылыстар, балалық шақтағы жағымсыз тәжірибе, психоактивті заттарды қолдану, әлеуметтік оқшаулану, отбасылық дисфункция, буллинг, академиялық стресс және әлеуметтік байланыстылық мәселелеріне арналған зерттеулер мен шолулар қарастырылды. Деректер сандық метааналитикалық біріктірусіз тақырыптық тұрғыда синтезделді.
Нәтижелер. Суицидтік қауіппен ең тұрақты байланыс депрессиялық және мазасыздық бұзылыстарында, бұрынғы өзін-өзі зақымдау мен суицидтік әрекеттерде, балалық шақтағы жағымсыз тәжірибеде, психоактивті заттарды қолдануда, жалғыздық пен виктимизацияда байқалады. Отбасылық деңгейде қақтығыстар, зорлық-зомбылық, ата-аналардың психопатологиясы және қолдаудың жеткіліксіздігі; мектеп деңгейінде буллинг, кибербуллинг, академиялық қысым және мектептен алшақтау маңызды. Ата-аналармен, сенімді ересектермен және мектеп қауымдастығымен қолдаушы байланыстар қорғаныш ресурстары ретінде көрінеді.
Талқылау. Қарастырылған деректер қауіптің жинақталатын және көпдеңгейлі сипатын көрсетеді: жеке факторлар қатар жүретін осалдықтар мен қорғаныш ресурстарынан бөлек қарастырылғанда суицидтік мінез-құлықты толық түсіндіре алмайды. Сондықтан клиникалық қауіп-қатерді ерте анықтауды отбасылық және мектептік профилактикалық шаралармен үйлестіру қажет.
Қорытынды. Жасөспірімдердің суицидтік мінез-құлқының профилактикасы психикалық бұзылыстарды ерте анықтауды, отбасылық қолдауды, виктимизацияны азайтуды және қауіпсіз әрі инклюзивті мектеп ортасын қалыптастыруды біріктіретін әлеуметтік-экологиялық тәсілге негізделуі тиіс.
Түйінді сөздер: жасөспірімдер; суицидтік мінез-құлық; қауіп факторлары; отбасылық дисфункция; буллинг; мектеп ортасы; қорғаныш факторлары

PSYCHOSOCIAL, FAMILY, AND SCHOOL DETERMINANTS OF SUICIDAL BEHAVIOR IN ADOLESCENTS

Burpiyeva D.N.[1], Berdiyarova G.S.[2], Yessimov N.B.[3], Yessimova A.D.[4]
[1] *OLYMP Clinical Diagnostic Laboratory, Almaty, Kazakhstan*
[2] *Kazakhstan Medical University "KSPH" LLP, Almaty, Kazakhstan*
[3] *Republican Scientific and Practical Center for Mental Health, Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Almaty, Kazakhstan*
[4] *Al-Farabi Kazakh National University, Almaty, Kazakhstan*

Introduction. Suicidal behavior in adolescence is a major medical and social problem and reflects the interaction of individual, family, and school-level risk and protective factors.
Objective. To synthesize current evidence on psychosocial, family, and school determinants of suicidal behavior in adolescents and to identify key directions for multilevel prevention.
Methods. A structured narrative review was conducted. The primary literature search focused on PubMed publications from 2021 to 2025 and included studies and reviews addressing mental disorders, adverse childhood experiences, substance use, social isolation, family dysfunction, bullying, academic stress, and social connectedness. Evidence was synthesized thematically without quantitative meta-analytic pooling.
Results. The factors most consistently associated with suicidal risk included depressive and anxiety disorders, previous self-harm and suicide attempts, adverse childhood experiences, substance use, loneliness, and victimization. Family-level factors included conflict, violence, parental psychopathology, and insufficient support, whereas school-level factors included bullying, cyberbullying, academic pressure, and school alienation. Supportive relationships with parents, trusted adults, peers, and the school community emerged as protective resources.
Discussion. The evidence indicates that risk is cumulative and multilevel: isolated determinants rarely explain suicidal behavior outside the context of co-occurring vulnerabilities and available protective resources. Prevention therefore requires integration of clinical risk detection with family- and school-based interventions.
Conclusion. Prevention of suicidal behavior in adolescents should follow a socio-ecological approach combining early identification of mental health problems, family support, reduction of victimization, and development of a safe and inclusive school environment.
Keywords: adolescents; suicidal behavior; risk factors; family dysfunction; bullying; school environment; protective factors

Введение

Суицидальное поведение является одной из ведущих причин смертности среди подростков во всем мире [1]. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно около 700 тысяч человек

заканчивают жизнь самоубийством, причем значительная доля этих случаев приходится на молодежь; в глобальном масштабе суицид входит в число главных причин смерти среди людей 15–19 лет [1]. В частности, в ряде стран (например, США) суицид прочно занимает 2-е место среди причин смертности подростков 10–14 лет и 3-е место - в группе 15–24 лет [2]. За последнее десятилетие показатели суицидальности среди молодежи значительно выросли - так, в США уровень смертности от суицида среди лиц 10–24 лет увеличился примерно на 60% с 2007 по 2021 гг. [3]. Особенно тревожна динамика среди некоторых групп: например, частота суицидальных попыток существенно возросла у девочек-подростков и представителей сексуальных меньшинств [3]. По последним опросам, около 20% старшеклассников всерьез задумывались о суициде, а примерно 9% предпринимали суицидальные попытки в течение года [20]. Эти факты отражают сложный и многофакторный характер проблемы.

Суицидальное поведение формируется под влиянием целого комплекса детерминант - психологических, социальных, семейных и школьных [1,4]. В данном обзоре представлены современные научные данные (2021–2025 гг., базы данных PubMed) о ключевых психосоциальных, семейных и школьных факторах риска суицидального поведения среди подростков, а также рассматривается защитная роль поддерживающих факторов.

Научная новизна и практическая значимость

Научная новизна обзора заключается в интегративном рассмотрении современных данных о суицидальном поведении подростков в единой социоэкологической рамке, где индивидуальные психические и поведенческие уязвимости анализируются совместно с семейными и школьными детерминантами, а факторы риска сопоставляются с защитными ресурсами. Такой подход позволяет сместить акцент с поиска одного ведущего предиктора на оценку сочетаний факторов и уровней их взаимодействия. Практическая значимость состоит в возможности использовать эту структуру при разработке многоуровневых программ раннего выявления, маршрутизации и профилактики.

Материалы и методы

Работа выполнена в формате структурированного нарративного обзора. Основным источником поиска литературы служила база данных PubMed; временной фокус исходной рукописи охватывал публикации 2021-2025 гг. При тематическом отборе учитывались исследования подросткового суицидального поведения, его психосоциальных, семейных и школьных детерминант, а также защитных факторов. В анализ включались систематические обзоры и метаанализы, когортные, продольные, поперечные и популяционные исследования, представленные в исходной библиографии. Отдельные более ранние публикации сохранялись, если они были включены авторами как концептуально значимые.

Синтез выполнялся по тематическим блокам: психические расстройства и самоповреждение; стресс и неблагоприятный детский опыт; употребление психоактивных веществ; социальная изоляция и стигматизация; семейная среда; буллинг и кибербуллинг; академический стресс; школьная связанность и другие защитные ресурсы. Количественное объединение результатов и формальная метааналитическая оценка в рамках данного обзора не проводились.

Результаты

Психические расстройства, самоповреждение и индивидуальные факторы риска

К наиболее значимым индивидуальным факторам риска подросткового суицида относятся психические расстройства, прежде всего депрессия [2,5]. Большинство подростков, совершающих попытки суицида или высказывающих суицидальные мысли, имеют по крайней мере одно психиатрическое заболевание - чаще всего именно депрессивное расстройство [2].

Депрессия прочно ассоциируется с суицидальностью: по данным клинических наблюдений, у подростков с депрессией значительно выше распространенность суицидальных мыслей и попыток [5]. Помимо депрессии, вклад вносят тревожные расстройства [5], расстройства поведения, СДВГ и другие сопутствующие состояния. К примеру, в одном исследовании на выборке без психиатрических диагнозов выявлено, что даже у практически здоровых подростков наличие выраженной тревожности удваивает риск суицидальных мыслей [11]. Важным фактором является также наличие в анамнезе попыток суицида или умышленных самоповреждений: риск повторного суицидального поведения выше у подростков, ранее совершавших попытки либо практиковавших самоповреждающее поведение [8]. Нелетальная самоповреждающая активность (NSSI) сама по себе тесно связана с суицидальным поведением: метаанализ показал, что наличие эпизодов NSSI почти в 3 раза повышает риск суицидальной попытки у молодежи [8]. Другой психологический предиктор - ощущение безнадежности и крайне негативная самооценка («самоненависть»); эти когнитивно-эмоциональные состояния нередко предшествуют возникновению суицидальных мыслей [8].

Стресс, неблагоприятный детский опыт и употребление психоактивных веществ

Подростковый возраст характеризуется повышенной уязвимостью к стрессам, и с суицидальным поведением могут быть связаны острые и хронические психотравмирующие ситуации. На особом месте — неблагоприятные события детства (ACE): многочисленные исследования подтверждают, что пережитые в детстве физическое, сексуальное или эмоциональное насилие, жестокое обращение, выраженная семейная дисфункция (развод родителей, тюремное заключение члена семьи, домашнее насилие и т.д.) значительно повышают риск суицидального поведения в подростковом возрасте [7, 22]. Метаанализ, охвативший данные 118 исследований из стран с низким и средним доходом, выявил, что наличие любого негативного события детства достоверно ассоциируется с повышением шансов суицидальных мыслей и попыток (относительные шансы в диапазоне примерно от 1,2 до 2,6 для разных типов ACE) [7]. Так, сексуальное насилие в анамнезе повышает риск суицидальных попыток более чем в два раза [7]. Отдельно отмечается влияние суицидов в семье: по данным метаанализа когортных исследований, подростки, чьи родители совершили суицид (или суицидальную попытку), имеют почти трехкратное повышение риска суицидального поведения [6]. Сильными факторами являются и другие формы семейной травматизации (рассматриваются ниже). Накопленный психологический стресс может вести к психологическому истощению, развитию депрессивных или тревожных симптомов и, как следствие, к суицидальным тенденциям [19]. Кроме того, существенный вклад в риск вносят психоактивные вещества. Злоупотребление алкоголем и наркотиками ассоциировано с возникновением суицидальных мыслей и импульсивных самоповреждающих действий [2]. Согласно исследованиям, наличие у подростка расстройства, связанного с употреблением ПАВ, повышает вероятность суицидальных попыток примерно в 4 раза [12]. Даже на популяционном уровне прослеживается связь: по мере вовлечения подростка в употребление нескольких психоактивных веществ вероятность суицидальных намерений и действий возрастает в разы [12, 25]. Интоксикация и отрегулирование критичности суждений под влиянием ПАВ могут способствовать реализации суицидальных импульсов [2].

Социальная изоляция, дискриминация и нарушения сна

Суицидальный риск может усиливаться при дефиците социальной поддержки и негативном социальном опыте подростка. Чувство одиночества, отчуждения от значимых людей нередко предшествует развитию суицидальных мыслей [25].

Особенно уязвимы подростки, сталкивающиеся с стигматизацией и травлей со стороны окружения. Так, у представителей сексуальных и гендерных меньшинств отмечается непропорционально высокая распространенность суицидального поведения, что связывают с явлением стрессом меньшинства (minority stress) - хроническим стрессом из–за дискриминации, буллинга, неприятия семьей и обществом [3,11]. По данным метаанализа, подростки ЛГБТ+ имеют в несколько раз более высокий риск суицидальных попыток по сравнению со сверстниками–гетеросексуалами [11].

Отягчающим фактором служит межличностный негатив в любой форме: например, переживание подростком сильного унижения, травли или сексуального насилия ассоциировано с резким скачком суицидального риска [7,24]. В свою очередь, наличие хотя бы одного надежного, понимающего взрослого или друга оказывает выраженный защитный эффект, снижая влияние стрессоров на психику подростка [3]. Противоположная ситуация - социальная изоляция, ощущение ненужности - часто фигурирует в числе триггеров подростковых суицидов [24].

Отдельно следует отметить роль сна как фактора психического здоровья. Недостаточная длительность и плохое качество сна неблагоприятно влияют на эмоциональную регуляцию подростка и могут способствовать суицидальному поведению [19]. Недавние исследования связывают хронические нарушения сна (sleep disturbances) (бессонницу, прерывистый неглубокий сон, кошмарные сновидения и т.д.) с ростом суицидальности у молодежи: в крупной метааналитической работе показано, что наличие выраженных нарушений сна примерно в 2,3 раза повышает вероятность суицидальных мыслей и более чем в три раза - вероятность суицидальных попыток у подростков без психических диагнозов. Таким образом, жалобы на стойкие проблемы со сном у подростка должны рассматриваться как значимый маркер неблагополучия, требующий внимания, - вплоть до срочной оценки суицидального риска.

Семейные детерминанты и защитные факторы

Семья - центральный институт социализации подростка, и семейные факторы существенно влияют на суицидальный риск. Неблагополучная, дисфункциональная семейная обстановка является доказанным фактором риска суицидального поведения у молодежи [6]. По данным метаанализа 12 когортных исследований (с общим N > 600 тыс.), подростки, выросшие в условиях семейной дисфункции (конфликтный климат, неполная семья, психопатология или асоциальное поведение родителей и т.д.), сталкиваются с почти двукратным повышением риска суицидальных мыслей и попыток по сравнению с подростками из благополучных семей (суммарное OR≈1,94) [6]. Особо выделяется фактор суицида или суицидальных попыток у родителей: у подростков, переживших самоубийство одного из родителей (либо знавших об их попытках суицида), риск совершения суицидальной попытки возрастает более чем в 2,5–3 раза [6].

Родительское самоубийство оказывает выраженное психологическое воздействие на ребенка, включая моделирование суицидального поведения как способа реагирования на трудности. Кроме того, негативную роль играют другие семейные проблемы, такие как психические расстройства у родителей, особенно депрессия и зависимость. Наличие у матери или отца тяжелого депрессивного эпизода, алкоголизма или наркомании ассоциировано с повышением суицидальности у их детей-подростков [6,19]. Вклад вносят и серьезные семейные конфликты: постоянные ссоры, эмоционально холодные или враждебные отношения между родителями и подростком могут подтолкнуть последнего к отчаянию и аутоагрессии. Исследование испанских психологов показало, что интенсивные конфликты в семье имеют прямую

положительную связь с суицидальными мыслями и попытками у подростков (при прочих равных условиях) [15]. Интересно, что в той же работе выявлен опосредующий эффект таких конфликтов через формирование у подростка неадекватных межличностных установок (неумение конструктивно отстаивать свои права, склонность к агрессивным паттернам и т.п.), что в итоге повышает суицидальный риск [15].

Как отмечалось выше, негативные события детства часто связаны с семейной обстановкой. В данном контексте ключевыми факторами являются насилие и жестокое обращение (физическое, сексуальное, эмоциональное) со стороны родителей или других близких. Систематический обзор и мета–анализ, обобщивший данные десятков исследований, подтвердил, что всевозможные виды детского насилия - избиения, сексуальные домогательства, тяжелые формы эмоционального насилия - достоверно повышают вероятность суицидальных попыток среди подростков (примерно в 2 раза по сравнению с теми, кто не пережил подобных травм) [7,19]. Даже пассивное неблагополучие (например, эмоциональная холодность, игнорирование потребностей ребенка) способно привести к формированию у подростка чувства безнадежности и склонности к суицидальным фантазиям [19]. Семейная дезинтеграция — развод или раздельное проживание родителей, частые смены семьи, проживание подростка вне родительской семьи (интернаты, приемные семьи) - также коррелирует с ростом суицидального риска [7]. К примеру, мета–анализ показал, что подростки из разведенных семей в среднем примерно в 1,4–1,5 раза чаще сообщают о суицидальных мыслях, чем их сверстники из полных семей [7]. Кроме того, влиянием обладают и косвенные признаки семейного неблагополучия. Исследование бразильских школьников выявило, что наличие близкого родственника, находящегося в местах лишения свободы, статистически значимо связано с учащением суицидальных мыслей и попыток у подростков (OR≈1,44) [22]. Этот показатель можно рассматривать как интегральный маркер социальной дезорганизации семьи (асоциальное поведение, связанные с этим стигма и стресс), неблагоприятно сказывающейся на психическом состоянии детей. Наконец, семейный материальный и социальный статус также имеет значение: бедность, низкий уровень образования родителей, проживание в неблагополучных районах - все это факторы, которые, согласно ряду исследований, увеличивают риск суицидального поведения у молодежи за счет комплекса сопутствующих стрессоров (ограниченный доступ к помощи, повышенная виктимизация, отсутствие перспектив и т.д.) [7,23].

Если семейная дисфункция повышает суицидальный риск, то благополучная семейная среда, напротив, выступает важным защитным фактором. Теплые, доверительные отношения с родителями способны уберечь подростка даже в условиях выраженного стресса [3]. Согласно данным многих работ, эмоциональная поддержка со стороны родителей, проявления любви, совместное времяпрепровождение — все это ассоциировано с более низкой вероятностью возникновения у подростка суицидальных мыслей и намерений [10, 17]. Продольное исследование в США показало, что высокая вовлеченность родителей в жизнь ребенка и прочная эмоциональная связь с семьей заметно уменьшают риск попыток суицида, особенно среди подростков без других отягчающих факторов [17]. Аналогичные результаты получены и в кросс–секционных опросах: по сравнению с подростками, ощущающими дефицит внимания со стороны родителей, подростки с высоким уровнем семейной сплоченности и взаимопонимания демонстрируют достоверно более низкие показатели депрессии и суицидальных наклонностей [10]. В практическом плане это означает, что меры, укрепляющие семейное взаимодействие

(профилактические программы обучения родителей навыкам общения с подростками, семейная терапия при наличии конфликтов и т.д.), могут эффективно снижать риск суицидального поведения среди молодежи [10,27]. Например, систематический обзор показал, что программы, нацеленные на повышение чувства «семейной принадлежности» у подростков (улучшение общения, совместные активности, разрешение конфликтов), приводят к уменьшению депрессивных симптомов и суицидальных мыслей у участников [27].

Школьная среда: буллинг и кибербуллинг

Среди факторов школьной среды наиболее изучен буллинг - систематическая агрессия или травля в отношении учащегося. Многочисленные исследования последнего десятилетия подтвердили существование тесной связи между буллингом и суицидальным поведением подростков [2, 9]. Причем эта связь двусторонняя: в группе повышенного риска оказываются как жертвы травли, так и сами агрессоры [2]. Жертвы школьного буллинга существенно чаще сообщают о наличии суицидальных мыслей и намерений; по данным метаанализа, подвергавшиеся травле подростки имеют гораздо более высокую вероятность суицидальной идеации по сравнению с их невиктимизированными сверстниками [9]. Агрессоры (булли) также нередко испытывают суицидальные импульсы - вероятно, вследствие сопутствующих эмоциональных проблем (импульсивность, дефицит эмпатии, ранее пережитый опыт виктимизации, в том числе в семье) [2]. Отдельного упоминания заслуживает кибербуллинг - травля в цифровом пространстве (через социальные сети, мессенджеры). Он особенно опасен тем, что преследование продолжается вне стен школы и достигает жертву повсеместно; исследования показывают, что кибербуллинг не менее тесно связан с суицидальными мыслями и попытками, чем традиционный очный буллинг [2]. В одном международном опросе подростки, подвергавшиеся онлайн–травле, примерно в 2-3 раза чаще предпринимали попытки суицида, чем те, кто не сталкивался с этим явлением [9]. Следует подчеркнуть: буллинг сам по себе не «обязательный» предиктор суицида (большинство жертв травли не доходят до попыток самоубийства), однако в сочетании с другими уязвимостями (например, депрессией, низкой поддержкой семьи) он может стать дополнительным пусковым фактором для суицидальное поведение подростка [2]. В связи с этим современные программы профилактики подросткового суицида обязательно включают антибуллинговые компоненты - меры по выявлению и пресечению школьной травли, обучению учеников навыкам ненасильственного общения и толерантности [2][10].

Академический стресс, школьная связанность и профилактический потенциал среды

Не менее важным фактором, опосредующим влияние школы на психику подростка, является учебная нагрузка и стресс, связанный с успеваемостью. Подростковый возраст сопряжен с возрастанием академических требований (экзамены, необходимость выбора дальнейшего образовательного пути и т.д.), и для некоторых учеников академический стресс становится существенным источником дистресса. Систематический обзор 52 исследований, охвативший несколько стран, подтвердил, что чрезмерное учебное давление и академический стресс значимо коррелируют с ухудшением психического состояния подростков, включая рост уровней тревоги, депрессии, самоповреждающего поведения и суицидальных мыслей [25]. В ряде работ отмечается, что важную роль могут играть определенные образовательные события - например, неудачи на экзаменах, провал при поступлении, конфликты с учителями или одноклассниками. Такие острые школьные неудачи способны выступать непосредственными триггерами суицидальных попыток у уязвимых подростков. Так, ретроспективный анализ суицидов среди британских школьников

выявил, что примерно в ¼ случаев подростки незадолго до смерти пережили серьезный стресс, связанный со школой или экзаменами. Кроме того, академическая неуспеваемость (плохая успеваемость по предметам, отставание от одноклассников) ассоциируется с повышенной склонностью к суицидальному поведению. По данным бразильского лонгитюдного исследования, подростки, успевавшие хуже своих сверстников по основным предметам, имели примерно двукратное повышение риска суицидальных мыслей/попыток [22]. Вероятно, неуспеваемость усугубляет чувство беспомощности и низкой самооценки, особенно если сопровождается давлением со стороны родителей или учителей. Важно учитывать и суммарное влияние школьных факторов: одновременное наличие нескольких школьных стрессоров (например, буллинг и учебные трудности) существенно усиливает суицидальный риск за счет кумулятивного воздействия [17]. Следовательно, профилактика суицидов в школе должна предусматривать как снижение избыточного учебного стресса (разумное распределение нагрузки, психологическая поддержка во время экзаменов), так и адресную помощь отстающим ученикам (программы тьюторства, консультирование и т.д.) [25].

Существенным модифицирующим фактором выступает психологический климат в школе - уровень безопасности, поддержки и принятия, который ощущают ученики. Неблагоприятный климат (частые конфликты, агрессивная или равнодушная позиция педагогов, недостаток внеклассных возможностей для самореализации) может способствовать развитию у подростка чувства непричастности, одиночества на фоне коллектива. Это состояние школьной отчужденности признано фактором риска суицидального поведения [17]. Напротив, школьная вовлеченность и связь со школой (school connectedness) рассматриваются как значимые защитные факторы. Подростки, которые чувствуют себя частью школьного сообщества, имеют доверительные отношения с учителями и одноклассниками, существенно реже прибегают к суицидальным попыткам [17,10]. Продольное исследование с участием около 2900 американских подростков показало, что высокий интегральный показатель связности (включающий удовлетворенность школьными отношениями и внеклассную активность) статистически значимо снижает вероятность суицидальной попытки в течение последующих 6 месяцев наблюдения [17]. Особенно важным компонентом оказалась привязанность к школе: школьники, отмечающие высокий уровень принятия и поддержки в школьной среде, реже совершали попытки даже при наличии индивидуальных факторов риска [17]. Эти данные согласуются с другими работами, выявившими, что участие подростка в коллективных внеклассных мероприятиях (спорт, клубы по интересам) и хорошие отношения с учителями ассоциированы с более низкой суицидальностью [20]. Подобные результаты обусловили появление специальных школьных программ, ориентированных на укрепление чувства принадлежности у учащихся. Согласно обзору, внедрение мероприятий по формированию благоприятного школьного климата и повышению вовлеченности (например, тренинги навыков коммуникации, развитие ученического самоуправления, системы наставничества) положительно сказывается на психическом здоровье подростков и снижает уровень суицидальных мыслей [27]. Таким образом, формирование благоприятной, поддерживающей школьной среды - неотъемлемая часть комплексной профилактики подросткового суицида.

Обсуждение

Сопоставление рассмотренных исследований показывает, что суицидальное поведение подростков нельзя адекватно объяснить одной группой факторов. Индивидуальная психопатология и самоповреждение формируют важный уровень уязвимости, однако выраженность риска существенно зависит от контекста -

наличия травматического опыта, семейных отношений, социальной поддержки, школьной среды и текущих стрессоров. Наиболее клинически значимой представляется оценка не изолированных признаков, а их сочетаний и динамики.

Семейный и школьный уровни имеют двойственную роль. Конфликты, насилие, дефицит поддержки, буллинг и школьное отчуждение могут усиливать уже существующую психологическую уязвимость. В то же время эмоциональная доступность родителей, наличие значимого взрослого, чувство принадлежности к школе и безопасный климат способны выполнять компенсаторную функцию. Поэтому профилактические программы должны быть ориентированы не только на выявление симптомов у отдельного подростка, но и на изменение среды, в которой эти симптомы формируются и поддерживаются.

С практической точки зрения результаты обзора поддерживают многоуровневую модель профилактики. На клиническом уровне необходимы своевременная оценка депрессивных, тревожных и самоповреждающих проявлений и маршрутизация подростков с повышенным риском. На семейном уровне приоритетны укрепление коммуникации, выявление насилия и поддержка родителей. На школьном уровне особое значение имеют противодействие буллингу, доступность психологической помощи, снижение стигматизации и формирование устойчивой связи подростка со школьным сообществом.

Сильные стороны и ограничения обзора

Сильной стороной работы является одновременный анализ индивидуальных, семейных и школьных факторов, а также включение защитных ресурсов, что позволяет представить проблему в целостной социоэкологической логике. Ограничения связаны с нарративным дизайном: в исходных материалах не представлены полный воспроизводимый поисковый запрос, точная дата последнего поиска, последовательность скрининга, число исключенных публикаций и формализованная оценка риска систематической ошибки. Кроме того, включенные исследования различаются по дизайну, популяциям, определениям суицидального поведения и способам измерения факторов риска, что ограничивает прямое сопоставление отдельных количественных оценок.

Заключение

Подростковый суицид - многофакторный феномен, формирующийся на пересечении личностных, семейных и социальных влияний. Рассмотренные данные свидетельствуют, что к основным психосоциальным детерминантам относятся психические расстройства (прежде всего депрессия), деструктивные формы поведения (злоупотребление ПАВ, самоповреждения), негативные эмоциональные состояния (безнадежность, одиночество), а также опыт стигматизации и виктимизации (буллинг, дискриминация) [2,3,9,11].

Семейные факторы риска включают в себя неблагополучие и конфликты в семье, жестокое обращение и насилие, психопатологию и суицидальные примеры у родителей, а также дефицит родительской поддержки [6, 7, 15]. Напротив, крепкие семейные связи и вовлеченность родителей играют защитную роль, снижая влияние других стрессоров [10,17]. Среди школьных детерминант особое место занимают буллинг (как офлайн, так и онлайн) и связанный со школой стресс (особенно академические неудачи и перегрузки) [9, 22, 25]. Враждебный школьный климат и отчуждение учащегося от школы могут способствовать суицидальному поведению, тогда как позитивная атмосфера и ощущение принадлежности к школьному сообществу имеют выраженный профилактический эффект [17,27]. Необходимо подчеркнуть, что перечисленные факторы часто взаимодействуют: суицидальный риск значительно повышается при одновременном наложении нескольких детерминант (например, депрессии, семейной травмы и буллинга), тогда как наличие защитных ресурсов

(поддерживающая семья, безопасная школьная среда) способно компенсировать воздействие отдельных стрессоров [1, 20]. Современные подходы к профилактике подростковых суицидов исходят из социоэкологической модели: требуется сочетание мер на уровне самого подростка (раннее выявление и лечение психических расстройств, обучение навыкам совладания со стрессом), на уровне семьи (просвещение родителей, улучшение детско–родительского взаимодействия) и на уровне школы/сообщества (формирование поддерживающей, инклюзивной среды) [1, 4, 20].

Реализация такой комплексной стратегии, опирающейся на научно обоснованные данные о факторах риска и защиты, может способствовать снижению суицидальности и сохранению жизни молодых людей.

REFERENCES

1 Prades-Caballero V., Navarro-Pérez J.J., Carbonell Á. Factors associated with suicidal behavior in adolescents: An umbrella review using the socio-ecological model. Community Ment Health J. 2025;61(4):612-628.
2 Hua L.L., Lee J., Rahmandar M.H., et al. Suicide and Suicide Risk in Adolescents. Pediatrics. 2024;153(1):e2023064800.
3 Jaycox L.H., Murphy E.R., Zehr J.L., Pearson J.L., Avenevoli S. Social Media and Suicide Risk in Youth. JAMA Netw Open. 2024;7(10):e2441499.
4 Morcillo V., Ferrer-Ribot M., Mut-Amengual B., Bagur S., Rosselló M.R. Mental Health and Suicide Attempts in Adolescents: A Systematic Review. Healthcare (Basel). 2025;13(9):1039.
5 Toro G.V.R., Arias P., de la Torre-Luque A., Singer J.B., Lagunas N. Depression, Anxiety, and Suicide Among Adolescents: Sex Differences and Future Perspectives. J Clin Med. 2025;14(10):3446.
6 Pu M., Guo L., Cheng P., Gao Q., Zhu H. Family dysfunction and risk of suicidal behavior in adolescents: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2025;370:427-433.
7 Blair D.-L., Prades-Caballero V., Navarro-Pérez J.-J., Carbonell Á. Adverse childhood experiences and suicidality in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. BMJ Glob Health. 2025;10(5):e018129.
8 Cheng L., Song W., Zhao Y., et al. Relevant factors contributing to risk of suicide among adolescents. BMC Psychiatry. 2025;25:217.
9 Bezie A.E., Yohannes L., Yirdaw A.A., et al. The association between bullying victimization and suicidal ideation among students in Africa: a systematic review and meta-analysis. Front Public Health. 2025;13:1556211.
10 Pastor Y., Pérez-Torres V., Angulo-Brunet A., Nebot-García J.E., Gallardo-Nieto E. School, family, and peer connectedness as protective factors for depression and suicide risk in Spanish adolescents. Front Psychol. 2025;16:1547759.
11 de Lange J., Baams L., van Bergen D.D., Bos H.M.W., Bosker R.J. Minority stress and suicidal ideation and suicide attempts among LGBT adolescents and young adults: A meta-analysis. LGBT Health. 2022;9(4):222-237.
12 Jones A.A., Hard G., Gray J., Apsley H.B., Santos-Lozada A.R. The role of substance use disorders on suicidal ideation, planning, and attempts: a nationally representative study of adolescents and adults in the United States, 2020. Subst Abuse Res Treat. 2023;17:11782218231178976.
13 Liu X.-Q., Wang X. Adolescent suicide risk factors and the integration of social-emotional skills in school-based prevention programs. World J Psychiatry. 2024;14(4):494-504.
14 Walling M.A. Suicide contagion. Curr Trauma Rep. 2021;7(4):103-114.
15 Eslava D., Martínez-Vispo C., Villanueva-Blasco V.J., Errasti J.M., Al-Halabí S. Family conflict and suicidal behaviour in adolescence: The mediating role of the assertive interpersonal schema. Sustainability. 2023;15(6):5149.

16 Liu X.-Y., Xu S.-H., Yan W.-J., et al. A network and mediation analysis on the associations between family environment and suicidal ideation in adolescents in a psychiatric clinical setting. Front Psychiatry. 2025;16:1541993.
17 Arango A., Brent D., Grupp-Phelan J., et al. Social connectedness and adolescent suicide risk. J Child Psychol Psychiatry. 2024;65(6):785-797.
18 Kim S.Y., Park Y.S., Joo H.J., Park E.-C. Association between stress types and adolescent suicides: findings from the Korea Youth Risk Behavior Survey. Front Psychiatry. 2024;15:1321925.
19 Wu R., Zhu H., Wu M.-Y., Wang G.-H., Jiang C.-L. Childhood trauma and suicide: The mediating effect of stress and sleep. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(14):8493.
20 Verlenden J.V., Fodeman A., Wilkins N., et al. Mental Health and Suicide Risk Among High School Students and Protective Factors - Youth Risk Behavior Survey, United States, 2023. MMWR Suppl. 2024;73(4):79-86.
21 Kalkan R., Ertürk E., Özel E., Beşteli A., Demir T. Risk factors of suicide attempt among adolescents with suicide ideation: a nationwide study. Perspect Psychiatr Care. 2023;59(2):818-827.
22 Passos da Silva C.M.F., de Assis S.G., Avanci J.Q. Cross-sectional study about suicide ideation and attempts among Brazilian pre-adolescents. BMC Psychiatry. 2024;24:701.
23 Curtin S.C., Garnett M.F. Suicide and homicide death rates among youth and young adults aged 10-24: United States, 2001-2021. NCHS Data Brief. 2023;471:1-8.
24 Sheftall A.H., Vakil F., Ruch D.A., et al. Black youth suicide: investigation of current trends and precipitating circumstances. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2022;61(5):662-675.
25 Steare T., Gutiérrez Muñoz C., Sullivan A., Lewis G. The association between academic pressure and adolescent mental health problems: a systematic review. J Affect Disord. 2023;339:302-317.
26 Allen K.-A., Jamshidi N., Berger E., et al. Impact of school-based interventions for building school belonging in adolescence: a systematic review. Educ Psychol Rev. 2021;33:1543-1566.
27 Bertuccio P., Amerio A., Grande E., et al. Global trends in youth suicide from 1990 to 2020: an analysis of data from the WHO mortality database. EClinicalMedicine. 2024;70:102506.
28 Pirkis J., John A., Shin S., et al. Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of 21 countries. Lancet Psychiatry. 2021;8(7):579-588.
29 John A., Eyles E., Webb R.T., et al. The impact of the COVID-19 pandemic on self-harm and suicidal behaviour: a living systematic review. F1000Res. 2022;11:139.
30 Rodway C., Tham S.-G., Ibrahim S., et al. Suicide in children and young people: a cohort study from England (2014-2020). J Clin Psychiatry. 2022;83(4):21m14121.
31 Serafini G., Adavastro G., Canepa G., et al. The relationship between childhood maltreatment and suicidal behavior in adolescents: a systematic review. J Affect Disord. 2021;280:430-451.
32 Pirkis J., Gunnell D., Shin S., et al. Suicide prevention in youth: a mental health emergency of the COVID-19 pandemic era. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(4):2308.
33 Baldini V., Gnazzo M., Rapelli G., et al. Association between sleep disturbances and suicidal behavior in adolescents: a systematic review and meta-analysis. Front Psychiatry. 2024;15:1341686.
34 Wang Y., Chen X., Lin J., et al. Nonrestorative sleep is associated with self-injury behavior and suicidal ideation in Chinese adolescents: a longitudinal study. BMC Public Health. 2022;22(1):791.

Декларации

Этическое одобрение. Не требуется, поскольку работа представляет собой обзор опубликованной литературы и не включает первичный сбор данных с участием людей или животных.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии потенциальных конфликтов интересов, требующих раскрытия.

Вклад авторов.

Для этой обзорной статьи можно оформить вклад авторов по **CRediT** так:

Вклад авторов

Д.Н. Бурпиева - концептуализация (Conceptualization); проведение литературного поиска (Investigation); курирование и систематизация данных (Data Curation); написание первоначального варианта рукописи (Writing – Original Draft).
Г.С. Бердиярова - концептуализация (Conceptualization); методология (Methodology); научное руководство (Supervision); критический пересмотр и редактирование рукописи (Writing – Review & Editing).
Н.Б. Есимов - методология (Methodology); валидация (Validation); критический пересмотр и редактирование рукописи (Writing – Review & Editing).
А.Д. Есимова - формальный анализ (Formal Analysis); систематизация данных (Data Curation); критический пересмотр и редактирование рукописи (Writing – Review & Editing).
Все авторы прочитали и одобрили окончательную версию рукописи и несут ответственность за содержание опубликованной работы.
Финансирование. Отсутствует.
Доступность данных. Не применимо; в работе использованы данные опубликованных источников.

Declarations
Ethics approval. Not required because this study is a review of published literature and does not involve primary data collection from human participants or animals.
Conflict of interest. The authors declare that they have no potential conflicts of interest requiring disclosure.
Author contributions.
D.N. Burpiyeva - Conceptualization; Investigation; Data Curation; Writing – Original Draft.
G.S. Berdiyarova - Conceptualization; Methodology; Supervision; Writing – Review & Editing.
N.B. Yessimov - Methodology; Validation; Writing – Review & Editing.
A.D. Yessimova - Formal Analysis; Data Curation; Writing – Review & Editing.
The authors contributed to the development of the review concept, analysis of the material, and preparation of the manuscript. All authors read and approved the final version of the article.
Funding. None.
Data availability. Not applicable; the review uses data from published sources.

Мәлімдемелер
Этикалық мақұлдау. Қажет емес, себебі жұмыс жарияланған әдебиеттерге шолу болып табылады және адамдардан немесе жануарлардан бастапқы деректер жинауды қамтымайды.
Мүдделер қақтығысы. Авторлар ашуды талап ететін әлеуетті мүдделер қақтығысының жоқ екенін мәлімдейді.
Авторлардың үлесі.
Д.Н. Бурпиева - тұжырымдаманы әзірлеу (Conceptualization); әдебиеттерді іздеу және зерттеу (Investigation); деректерді басқару және жүйелеу (Data Curation); қолжазбаның бастапқы нұсқасын дайындау (Writing – Original Draft).
Г.С. Бердиярова - тұжырымдаманы әзірлеу (Conceptualization); әдіснама (Methodology); ғылыми жетекшілік (Supervision); қолжазбаны рецензиялау және редакциялау (Writing – Review & Editing).
Н.Б. Есімов - әдіснама (Methodology); валидация (Validation); қолжазбаны рецензиялау және редакциялау (Writing – Review & Editing).
А.Д. Есімова - формальды талдау (Formal Analysis); деректерді басқару және жүйелеу (Data Curation); қолжазбаны рецензиялау және редакциялау (Writing – Review & Editing).
Авторлар шолу тұжырымдамасын әзірлеуге, материалды талдауға және қолжазбаны дайындауға үлес қосты. Барлық авторлар мақаланың соңғы нұсқасын оқып, мақұлдады.
Қаржыландыру. Жоқ.

Деректердің қолжетімділігі. Қолданылмайды; шолуда жарияланған дереккөздердің мәліметтері пайдаланылды.

Сведения об авторах
Корреспондент-автор. Бурпиева Дина Нурлановна - Клинико-диагностическая лаборатория «ОЛИМП», Алматы, Казахстан. E-mail: burpiyevaaa@mail.ru; телефон: +7 705 272 0135; ORCID: 0009-0003-3381-0755.
Бердиярова Гулбану Сансызбаевна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой анестезиологии и реаниматологии с курсом неотложной помощи, ТОО «Казахстанский медицинский университет “ВШОЗ”». Телефон: +7 701 588 8815; E-mail: sggnbbs@mail.ru; ORCID: 0000-0003-2556-5123.
Есимов Наби Болатович - PhD, РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК, заместитель генерального директора по клинической и научной работе. Телефон: +7 702 296 2888; E-mail: nabi_es@mail.ru; ORCID: 0000-0001-7827-5125; Author ID: 57214306539.
Есимова Алия Джумабековна - магистрант, НАО «Казахский национальный университет имени аль-Фараби». Телефон: +7 701 411 1699; E-mail: Aleka.06@mail.ru; ORCID: 0009-0001-1188-6930.

Information about the authors
Corresponding author. Burpiyeva Dina Nurlanovna - OLYMP Clinical Diagnostic Laboratory, Almaty, Kazakhstan. E-mail: burpiyevaaa@mail.ru; Phone: +7 705 272 0135; ORCID: 0009-0003-3381-0755.
Berdiyarova Gulbanu Sansyzbayevna - Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Anesthesiology and Resuscitation with Emergency Care, Kazakhstan Medical University “KSPH” LLP. Phone: +7 701 588 8815; E-mail: sggnbbs@mail.ru; ORCID: 0000-0003-2556-5123.
Yessimov Nabi Bolatovich - PhD, Republican Scientific and Practical Center for Mental Health, Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Deputy Director General for Clinical and Scientific Affairs. Phone: +7 702 296 2888; E-mail: nabi_es@mail.ru; ORCID: 0000-0001-7827-5125; Author ID: 57214306539.
Yessimova Aliya Dzhumabekovna - Master’s student, Al-Farabi Kazakh National University. Phone: +7 701 411 1699; E-mail: Aleka.06@mail.ru; ORCID: 0009-0001-1188-6930.

Авторлар туралы мәлімет
Корреспондент-автор. Бурпиева Дина Нұрланқызы - «ОЛИМП» клиникалық-диагностикалық зертханасы, Алматы, Қазақстан. E-mail: burpiyevaaa@mail.ru; Телефон: +7 705 272 0135; ORCID: 0009-0003-3381-0755.
Бердиярова Гүлбану Сансызбаевна - медицина ғылымдарының кандидаты, анестезиология және реаниматология кафедрасының меңгерушісі, «ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті ЖШС. Телефон: +7 701 588 8815; E-mail: sggnbbs@mail.ru; ORCID: 0000-0003-2556-5123.
Есімов Наби Болатұлы - PhD, Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің «Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы» ШЖҚ РМК, клиникалық және ғылыми жұмыстар жөніндегі бас директордың орынбасары. Телефон: +7 702 296 2888; E-mail: nabi_es@mail.ru; ORCID: 0000-0001-7827-5125; Author ID: 57214306539.
Есімова Әлия Жұмабекқызы - әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университетінің магистранты. Телефон: +7 701 411 1699; E-mail: Aleka.06@mail.ru; ORCID: 0009-0001-1188-6930.