

Проблема диагностики риска суицида и возможности теста имплицитных ассоциаций для ее разрешения

И.Б. Бовина,

доктор психологических наук, доцент, ведущий научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории «Научно-методическое обеспечение экстренной психологической помощи» Центра экстренной психологической помощи, профессор кафедры клинической и судебной психологии факультета юридической психологии, ГБОУ ВПО города Москвы «Московский городской психолого-педагогический университет», Москва, Россия, innabovina@yandex.ru

В последние годы очевиден рост исследовательского интереса к проблеме суицида. В литературе представлены модели, объясняющие совершение этого действия. В зависимости от того, какой аспект проблемы суицида рассматривается, различаются медицинские, философские, психологические и социологические модели. Выявлена целая палитра взаимодействующих факторов, позволяющих прогнозировать совершение суицида: социально-культурные, психосоциальные, биологические. Разработаны и продолжают разрабатываться превентивные и профилактические программы. Несмотря на столь солидный арсенал знаний о суициде количество суицидов продолжает расти. В представленном литературном обзоре внимание уделяется проблеме диагностики риска суицида, тем переменным, на основе которых можно прогнозировать этот риск. Обсуждается потенциал теста имплицитных ассоциаций для диагностики риска совершения суицида.

Ключевые слова: суицид, диагностика риска, тест имплицитных ассоциаций, переменные, позволяющие прогнозировать риск совершения суицида.

Для цитаты:

Бовина И.Б. Диагностика риска суицида: некоторые аспекты проблемы [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2014. №1. URL: <http://psyedu.ru/journal/2014/1/Bovina.phtml> дата обращения: дд.мм.гггг)

Bovina I.B Problem of suicide risk diagnostics and possibility to use implicit association test Jelektronnyj resurs «Psihologicheskaja nauka i obrazovanie psyedu.ru», E-journal «Psychological Science and Education psyedu.ru», 2014. no. 1. Available at: <http://psyedu.ru/journal/2014/1/Bovina.phtml> (Accessed dd.mm.yyyy)

Преждевременный уход из жизни, связанный с совершением самоубийства, является одной из самых серьезных проблем общественного здоровья во всем мире. Ежегодно человечество теряет примерно 1 млн человек по этой причине. Более того, последующие прогнозы довольно пессимистичны – этот показатель может составить 1, 5 млн человек к 2020 г. [14]. Эти прогнозы основываются на том, что Всемирная организация здравоохранения зафиксировала рост числа самоубийств за последние четыре десятилетия, причем этот рост не зависит от возрастной группы (заметим, что возраст индивида является достаточно важным «маркером» суицидального риска, как это было показано в исследованиях [1]). Особо отметим, что Россия имеет высокие показатели как по суицидам в целом, так и по их числу среди подростков [4].

Суицид не является новым феноменом [15], люди лишали себя жизни в различных обществах и в различные эпохи. Однако вопрос состоит в том, какое место эта причина

смертности занимает в тот или иной момент среди других причин смертности. Насколько нам позволяет судить статистика [3], в 1876 г. Россия занимала по показателю смертности от суицида последнее место среди европейских стран. По показателям, рассчитанным на 100 тыс. человек, лидировала Саксония – 31, за ней следовала Франция – 15, Пруссия – 13, Австрия – 13, Бавария – 9, Англия – 7. Показатель России – 3. Тот же показатель через 50 лет (в 1926 г.) составил в России – 7,8, для сравнения в Германии – 26,2. В 1994–1995 гг. в России был установлен «рекорд» по показателю самоубийств – 42,1. Хотя с тех пор этот показатель и снизился, но Россия по-прежнему продолжает лидировать по показателям смертности от суицида [3]. Все это только еще раз указывает на серьезность сложившейся ситуации и важность изучения проблемы суицида.

Современное состояние проблемы суицида характеризуется определенной парадоксальностью.

С одной стороны, существует значительное количество работ, посвященных различным аспектам проблемы суицида. Проиллюстрируем это на следующем примере: если обратиться к базе данных Американской психологической ассоциации PsycARTICLES¹, то поиск по ключевому слову «суицид» позволяет обнаружить 1732 статьи за период с 1898 г. по 2013 г. Динамика интереса к проблеме суицида за последние годы выглядит следующим образом: 127 статей за период с 1981 г. по 1991 г., 596 статей – за промежуток с 1992г. по 2002 г., наконец, 830 статей за промежуток с 2003г. по 2013 г. Очевиден рост исследовательского интереса к проблеме суицида. При более детальном рассмотрении работ можно отметить следующее. Во-первых, в литературе представлены модели, объясняющие совершение этого действия, причем, в зависимости от того, какой аспект проблемы суицида рассматривается, можно различать медицинские, философские, психологические и социологические модели [2]. Во-вторых, исследователи выявили целую палитру факторов, позволяющих предсказать совершение суицида: социокультурные, психосоциальные, наконец, биологические факторы [например, 1; 2; 4; 11; 10 и др.]. Исследователи рассматривают системы взаимодействующих факторов. В-третьих, уже разработаны и продолжают разрабатываться превентивные и профилактические программы международного и национального уровня, ориентированные на различные целевые группы² [2].

С другой стороны, количество суицидов продолжает расти, в чем мы уже убедились выше, обратившись к данным ВОЗ [14], хотя, казалось бы, такой солидный арсенал имеющегося знания о суициде, эмпирические данные и пр. должны были бы помочь специалистам некоторым образом изменить эту тревожную динамику.

Нет никаких сомнений в необходимости последующих усилий, направленных на проверку и уточнение объяснительных моделей, а также на выявление и уточнение предикторов совершения суицида.

¹ PsycARTICLES – это база данных Американской психологической ассоциации, дающая полный доступ к текстам журналов по поведенческим наукам, а также по педагогике, бизнесу и пр.

² Вслед за Дж.Хенденом можно различать следующие виды профилактики: первичная, вторичная, третичная [11]. В первом случае речь идет об общей популяции, предназначение профилактики заключается в том, чтобы продвигать ценности здоровья и жизни в целом. Во втором случае речь идет о направленности на тех людей, которые уже предпринимали попытки суицида; наличие попыток совершения суицида является одним из факторов, позволяющим предсказывать последующие попытки [1; 11]. Палитра мер здесь достаточно широка: от различного рода тренингов до психотерапевтического воздействия [2]. В третьем случае речь идет о близком окружении человека, совершившего суицид. Основная задача здесь заключается в оказании помощи по совладанию с трагической ситуацией, в том числе с помощью психотерапевтического воздействия [2; 11].

Анализ литературы по проблеме суицида свидетельствует о том, что вопрос о разработке диагностического инструментария, позволяющего предсказать индивидуальный риск суицида, по-прежнему остается в фокусе самого пристального внимания исследователей [6]. По результатам исследования [8], проведенного среди 264 психологов и 167 психиатров еще в конце 1980-х гг., 28 % психологов и 62 % психиатров имеют опыт «потери пациента» (т. е. пациент совершает суицид). Причем эти показатели оказались более высокими по сравнению с более ранними данными (22 % и 51 % соответственно). О проблеме «потери пациента» пишет и Дж. Хенден в своей работе [11].

Разработка инструментария сопряжена с разработкой той или иной объяснительной модели, определением того, какой именно конструкт позволяет точнее предсказать индивидуальный риск или какой вес имеют конструкты. Более того, эффективность оценки риска совершения суицида зависит от того, насколько чувствителен измерительный прибор. Сложность, с которой сталкиваются исследователи, с одной стороны, и практики – с другой, заключается в том, что риск совершения суицида – подвижен. Он во многом определяется теми состояниями, в которых пребывают индивиды.

В исследованиях уже было показано, что существуют статистически значимые связи между различными факторами, которые позволяют прогнозировать риск совершения суицида [1; 11]. Причем такие результаты были получены на большой выборке испытуемых. Однако попытки применить эти закономерности для оценки риска отдельно взятого индивида оборачиваются поражением – прогнозы оказываются ошибочными [10]. Анализируя сложившуюся ситуацию, Дж. Фуллер предлагает разводить два типа переменных, которые были выявлены в исследованиях [6; 7] как переменные, позволяющие предсказывать риск совершения суицида. Тогда, с одной стороны, речь должна идти о статичных переменных, «удаленных» по отношению к моменту совершения суицида, а с другой стороны – о переменных, которые приближены к этому моменту [5].

Остановимся подробнее на рассмотрении идей Дж. Фуллера, одного из немногих авторов, предлагающих обсуждение проблемы ошибочного прогноза в отношении совершения суицида.

В *первую группу*, по мысли Дж. Фуллера, попадают, например, следующие переменные:

- 1) прошлые попытки совершения суицида;
- 2) наличие у индивида психиатрического расстройства;
- 3) сила психического расстройства;
- 4) сочетание ряда переменных (наличие психического расстройства, демографические характеристики, история госпитализации и пр.);
- 5) психологическая уязвимость (например, импульсивность, агрессивность, тревожность, депрессивность, чувство безнадежности и пр.);
- 6) генетические маркеры³ (в наибольшей степени изучено влияние уровня серотонина, остальные маркеры варьируют от исследования к исследованию);

³ С одной стороны, линия исследований, призванная «заглянуть в мозг самоубийцы», могла бы дать чрезвычайно важные результаты. Зная биологическую сторону вопроса, можно было бы точнее прогнозировать совершение суицида. С другой – исследователи, не без оснований, настаивают на том, что знания только лишь биологической составляющей не достаточно для того, чтобы прогнозировать суицид [2]. Как мы заметим чуть дальше, Дж. Фуллер помещает сочетание генетического маркера

7) демографические характеристики (например, как пишет Дж. Хенден [11], по эти параметрам можно обозначить следующие группы: мужчина, неженатый; подростки или люди пожилого возраста; белые и пр.).

Дж. Фоулер [10] отмечает, что попытки сконцентрировать внимание на той или иной переменной как предикторе совершения суицида приводит к ошибочным прогнозам, и даже сочетание нескольких статичных переменных оборачивается построением ошибочных предположений. В меньшей степени это касается такой переменной, как прошлые попытки совершения суицида.

Во *вторую группу* Дж.Фоулер относит, например, переменные:

- 1) суицидальная идеация;
- 2) тяжелые жизненные события (потеря близких, разрыв близких отношений, унижения, предательство и пр.);
- 3) когнитивные и аффективные конструкты, доступные имплицитному измерению (в большей степени это касается аффективных состояний, которые можно, например, фиксировать в ходе интервью);
- 4) сочетание генетического маркера и тяжелого жизненного события;
- 5) возвращение к привычной жизни после госпитализации.

Фокусирование внимания на одной из переменных опять же, по мысли Дж. Фоулера [10], способствует формулированию ошибочного прогноза в отношении риска совершения суицида. Однако вероятность ошибочных прогнозов ниже в этом случае – ниже по сравнению с первой группой переменных. Если говорить о каждой переменной отдельно, то, как подчеркивает Дж. Фоулер, вероятность ошибочного прогноза оказывается высокой в случае суицидальной идеации (наличия мыслей о суициде)⁴, средней – в случае тяжелых жизненных событий и возвращения к привычной жизни после госпитализации, средней и даже низкой – в случае когнитивных и аффективных конструктов. И здесь, как подчеркивает Дж. Фоулер [10], интервью оказывается самой пригодной стратегией для анализа риска совершения суицида индивидом, ибо в его рамках есть возможность оценить аффективные состояния субъекта, не делая при этом ссылок на сам суицид, что крайне ценно для диагностики.

На обсуждении возможностей диагностики этих когнитивных и аффективных конструктов мы остановимся ниже. Сочетание генетического маркера и ситуативной переменной требует дальнейшего анализа.

Третью группу Дж. Фоулер обозначает «защитные переменные». Сюда он относит то, что удерживает индивида от совершения суицида: 1) религиозные убеждения; 2) причины для продолжения жизни; 3) пребывание в браке; 4) наличие детей в доме; 5) наличие социальной поддержки; 6) наличие терапевтического контакта; 7) использование психотропных лекарств; 8) наличие контактов, с помощью которых можно получить поддержку.

Оценка риска суицида должна опираться на анализ вклада этих переменных. И в этой связи интервью могло бы оказаться тем инструментом, который позволял бы отчасти справиться с этой задачей. Конечно, едва ли возможно получить оценку вклада

с неблагоприятной ситуацией во второй блок переменных, ибо такое сочетание, по его мнению, – более сильное основание для прогнозирования суицида.

⁴ Ранее, вслед за шведскими коллегами [2], мы отмечали, что соотношение между мыслями о суициде, интенциями к действию и самим действием соотносятся как 100:10:1. В этом смысле только наличие так называемой суицидальной идеации еще не является достаточным признаком, позволяющим предсказывать совершение суицида.

каждой переменной в финальное решение о совершении или не совершении суицида, но попытка учесть аргументы и контраргументы в связи с этим решением представляется перспективной.

Итак, задачей исследователей по-прежнему является разработка надежного инструментария для диагностики риска совершения суицида. Хотя Дж. Фуллер и не предлагает конкретного решения, но комбинирование измерительных средств из разных областей, а также использование имплицитных методик, которые позволили бы выявить маркеры, дающие основания для более точной оценки риска совершения суицида, представляет чрезвычайный интерес и дает надежду на небольшое продвижение в разрешении проблемы суицида.

Кроме того, среди переменных, приближенных к совершению суицида, Дж. Фуллер различает когнитивные и аффективные конструкты, доступные имплицитному измерению [10]. Остановимся здесь подробнее на тесте имплицитных ассоциаций, разработанном А. Гринвальдом [9]. Потенциал этой методики, по нашему мнению, может быть полезным для фиксации конструктов, обозначенных Дж. Фуллером.

Итак, суть теста имплицитных ассоциаций (компьютерной методики) заключается в понимании природы имплицитных мыслей. Приведем следующий пример, который А. Гринвальд с коллегами использует для измерения самооценки [9]. Испытуемым предлагается выполнить серию заданий на классификацию объектов (слов или изображений), причем каждый раз нужно отвечать на вопросы как можно быстрее. Например, на первом этапе предлагается список понятий, обладающих позитивной или негативной коннотацией («радость», «мир», «смерть», «агония» и пр.) Задача испытуемых заключается в том, чтобы как можно быстрее категоризовать их на две группы – «понятия с позитивной коннотацией» и «понятия с негативной коннотацией» – путем нажатия на соответствующие клавиши правой и левой рукой. На следующем этапе список содержит понятия, связанные с «Я» и «не-Я» («Я», «мое», «они», «их» и пр.). Наконец, на следующем этапе оба списка предъявляются одновременно, а задача испытуемых сводится к тому, чтобы один раз образовывать сложную категорию ««понятия с позитивной коннотацией» и «Я»» (другая категория, соответственно, – ««понятия с негативной коннотацией» и «не-Я»»). Во второй раз требуется категоризовать объекты на две группы: ««понятия с негативной коннотацией» и «Я»» и ««понятия с позитивной коннотацией» и «не-Я»». Индивиды быстрее справляются с задачей (т. е. время реакции оказывается меньшим), когда в сложной категории оказываются связанные понятия, чем когда в ней оказываются несвязанные понятия.

Таким образом, эффект этой методики заключается в том, что классификация связанных объектов происходит быстрее, чем несвязанных.

Эта методика, с нашей точки зрения, позволяет получать более точные оценки когнитивных и аффективных конструктов, о которых говорит Дж. Фуллер, чем это возможно в случае интервью.

На настоящий момент существует серия исследований, в рамках которых адаптация теста имплицитных ассоциаций позволяет измерить имплицитные ассоциации, которые люди имеют относительно суицида, смерти и причинения себе вреда [12; 13] и прогноза относительно причинения себе вреда. Кроме того, использование этой методики в группах подростков (подростки, имеющие попытки совершения суицида; подростки с суицидальной идеацией, а также подростки без попыток совершения суицида и без суицидальной идеации – группа контроля) позволило точно предсказать как текущую суицидальную идеацию, наличие опыта совершения суицида, так и последующую суицидальную идеацию [12].

Обозначенная линия использования теста имплицитных ассоциаций, с нашей точки зрения, обладает значительным потенциалом для того, чтобы продвинуться в диагностике риска суицида.

Литература

1. *Банников Г.С.* Психологические маркеры пресуицидального состояния// Человеческий капитал. 2012. № 10–11 (46). С. 240–243.
2. *Бовина И.Б.* Профилактика суицида в подростковой и молодежной среде: размышляя над опытом западных моделей [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование PSYEDU.ru. 2013. №2. URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2013/n2/61355.shtml (дата обращения: 12.01.2014).
3. *Валиахметов Р., Мухамадиева Р., Хилажева Г.* Российские самоубийства: случай Башкортостана [Электронный ресурс] // Демоскоп Weekly. № 523–524. 2012, 17–30 сент. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2012/0523/demoscope523.pdf> (дата обращения: 11.01.2014).
4. *Холмогорова А.Б., Воликова С.В.* Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2012. № 2 (13) URL:http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2012_2_13/nomer/nomer11.php (дата обращения: 12.01.2014).
5. *Bae, S.* Risky behaviors and factors associated with suicide attempt in adolescents / Bae S., Ye R., Chen S., Rivers P.A., Singh K.P. // Archives of Suicide Research. 2005. Vol. 9. № 2. P.193–202.
6. *Brown G.K.* A Review of Suicide Assessment Measures for Intervention Research with Adults and Older Adults. 2002. Available at <http://sbsirvntweb.uqac.ca/archivage/15290520.pdf> (Accessed: 25.08.2013).
7. *Bursztein C., Apter A.* Adolescent suicide// Current Opinion in Psychology. 2008. Vol. 22. № 1. P.1–6.
8. *Chemtob, C.M.* Patient suicide: occupational hazard for psychologists and psychiatrists / Chemtob C.M., Bauer G.B., Hamada R.S., Pelowski S.R., Muraoka M.Y // Professional Psychology: Research and Practice. 1989. № 20. P. 294–300.
9. *Farnham S.D., Greenwald A.G., Banaji M.R.* Implicit self-esteem// D. Abrams, M. Hogg (Eds.). Social Identity and Social Cognition. Oxford, UK: Blackwell, 1999. P. 230–248.
10. *Fowler J.C.* Suicide risk assessment in clinical practice: pragmatic guidelines for imperfect assessments// Psychotherapy. 2012. Vol. 49. № 1. P. 81–90.
11. *Henden J.* Preventing Suicide: the Solution Focused Approach. NY: John Wiley and Sons, Ltd., 2008, 246 p.
12. *Nock M.K., Banaji M.R.* Prediction of suicide ideation and attempts among adolescents using a brief performance-based test//Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 75. № 5. 2007. P. 707–715.
13. *Randall, J.R.* Assessment of self-harm risk using implicit thoughts / Randall J.R., Rowe B.H., Dong K.A., Nock M.K., Colman I.// Psychological Assessment, Advance Online Publication. 2013, May, 6. doi: 10.1037/a0032391, Available at: <http://www.wjh.harvard.edu/~nock/nocklab/Randall%20-%202013.pdf> (Accessed: 12.01.2014).

14. *Westerlund M., Hadlaczky G., Wasserman D.* The representation of suicide on the Internet: implications for clinicians// Journal of Medical Internet Research. 2012. Vol. 14. № 5. Available at: <http://www.jmir.org/2012/5/e122/#ref1>(Accessed: 11.01.2014).

15. *Zdanow C., Wright B.* The representation of self- injury and suicide on emo social networking groups// African Sociological Review. 2012. Vol.16. № 2. P. 81–101.

Problem of suicide risk diagnostics and possibility to use implicit association test

Bovina I.B.,

PhD, Associate Professor, Senior Researcher Laboratory «Scientific and methodical support of psychology of extreme situations» Center of psychological assistance in extreme situations, «Moscow State University of Psychology and Education», Professor, Department of clinical and forensic psychology, Faculty of legal psychology, «Moscow State University of Psychology and Education», innabovina@yandex.ru

If we make a search for the term suicide in the database PsycARTICLES, we will find 1732 articles published from 1898 till 2013. The dynamics of the scientific interest towards the problem is following: 127 articles were published from 1981 till 1991, 596 articles were published from 1992 till 2002; finally, 830 articles were published from 2003 till 2013. The rise of the research interest is obvious. The more detailed analysis of the articles showed that there are different models explaining suicide (for example: medical, philosophical, psychological and sociological). The different interacting predictors of suicide were revealed in the numerous studies: sociocultural, psychosocial, and biological ones. The preventive measures are already worked out and the new ones are in the process of validation. Having such a rich and complex scientific knowledge and practical tools to handle the problem the statistics say that the number of suicides continues to grow. The brief literature review is focused on the problem of the diagnostics of suicide risk. The potential of the implicit associations test for the diagnostics of suicide risk is discussed in this paper.

Keywords: suicide, diagnostics of suicide risk, test of implicit associations, risk prediction variables.

References

1. *Bannikov G.S.* Psihologicheskie marker presuitsidalnogo sostoyaniya [Psychological marker of pre-suicidal state]// Chelovecheski capital [Human capital]. 2012. № 10–11 (46). P. 240–243.
2. *Bovina I.B.* Profilaktika suitsida v podrozkovoi I molodezhnoi srede: razmyshlyaya nad opytom zapadnyh modelei [Suicide prevention among adolescents and young people: reflecting on the experience of Western models] // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie PSYEDU.ru [Psychological Science and Education]. 2013. №2 Available at: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2013/n2/61355.shtml (Accessed: 12.01.2014).
3. *Valiakhmetov R., Mukhamadieva R., Khilazheva G.* Rossoiskie samoubiistva: sluchai Bashkortostana [Russian suicides: a case of Bashkir Stan]//DemoskopWeekly [Demoscope Weekly]. № 523-524. September, 17-30, 2012. Available at: <http://demoscope.ru/weekly/2012/0523/demoscope523.pdf> (Accessed: 11.01.2014).
4. *Kholmogorova A.B., Volikova S.V.* Osnovnye itogi issledovani factorov suitsidalnogo riska podrozkov na osnove psychosotsialnoi mnogofactornoi modeli rasstroistva affektivnogo spektra [The main results of the studies (based on psychosocial multifactorial model of affective disorders) of suicidal risk factors among adolescents]// Meditsinskaya psihologiya v Rossii [Medical psychology in Russia]. 2012. № 2 (13). Available at: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2012_2_13/nomer/nomer11.php (Accessed: 12.01.2014).

5. *Bae, S.* Risky behaviors and factors associated with suicide attempt in adolescents / Bae S., Ye R., Chen S., Rivers P.A., Singh K.P. // Archives of Suicide Research. 2005. Vol. 9. № 2. P.193–202.
6. *Brown G.K.* A Review of Suicide Assessment Measures for Intervention Research with Adults and Older Adults. 2002. Available at <http://sbisrvntweb.uqac.ca/archivage/15290520.pdf> (Accessed: 25.08.2013).
7. *Bursztein C., Apter A.* Adolescent suicide// Current Opinion in Psychology. 2008. Vol. 22. № 1. P.1–6.
8. *Chemtob, C.M.* Patient suicide: occupational hazard for psychologists and psychiatrists / Chemtob C.M., Bauer G.B., Hamada R.S., Pelowski S.R., Muraoka M.Y // Professional Psychology: Research and Practice. 1989. № 20. P. 294–300.
9. *Farnham S.D., Greenwald A.G., Banaji M.R.* Implicit self-esteem// D. Abrams, M. Hogg (Eds.). Social Identity and Social Cognition. Oxford, UK: Blackwell, 1999. P. 230–248.
10. *Fowler J.C.* Suicide risk assessment in clinical practice: pragmatic guidelines for imperfect assessments// Psychotherapy. 2012. Vol. 49. № 1. P. 81–90.
11. *Henden J.* Preventing Suicide: the Solution Focused Approach. NY: John Wiley and Sons, Ltd., 2008, 246 p.
12. *Nock M.K., Banaji M.R.* Prediction of suicide ideation and attempts among adolescents using a brief performance-based test//Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 75. № 5. 2007. P. 707–715.
13. *Randall, J.R.* Assessment of self-harm risk using implicit thoughts / Randall J.R., Rowe B.H., Dong K.A., Nock M.K., Colman I.// Psychological Assessment, Advance Online Publication. 2013, May, 6. doi: 10.1037/a0032391, Available at: <http://www.wjh.harvard.edu/~nock/nocklab/Randall%20-%202013.pdf> (Accessed: 12.01.2014).
14. *Westerlund M., Hadlaczky G., Wasserman D.* The representation of suicide on the Internet: implications for clinicians// Journal of Medical Internet Research. 2012. Vol. 14. № 5. Available at: <http://www.jmir.org/2012/5/e122/#ref1> (Accessed: 11.01.2014).
15. *Zdanow C., Wright B.* The representation of self- injury and suicide on emo social networking groups// African Sociological Review. 2012. Vol.16. № 2. P. 81–101.