



Памятка по ознакомлению с факторами риска и признаками суицидального поведения несовершеннолетних, а также методами их профилактики

Научно-практический центр профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних ФГБУ "НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского"

Самоубийства занимают второе место, как причины смерти, в детском и подростковом возрастах и десятое - среди всех возрастных групп (CDC (2017)). Ежегодно кончают жизнь самоубийством 1,2 миллиона подростков¹. Скачок уровня суицидов отмечается между ранним подростковым и молодым возрастом². Суицид — вторая по распространенности причина смерти в возрасте 15–29 лет³. По другим данным, самоубийство является третьей по значимости причиной смерти молодых людей в возрасте 10–19 лет во всем мире⁴, и уровень самоубийств среди молодежи (15–19 лет) растет быстрее, чем среди населения в целом (45% против 26%)⁵. Подростковый возраст знаменует собой начало и быстрое развитие многих психических расстройств (например, депрессии, тревоги), которые способствуют повышенному риску самоубийства⁶. Повышенный риск суицида наблюдается в период с 12 до 17 лет, на каждую смерть от самоубийства среди молодежи приходится от 50 до 100 попыток суицида⁷. По всему миру показатели смертности от суицида в этой возрастной группе выше у юношей, чем у девушек. Суицидальные мысли редко фиксируются у детей до 10 лет, но резко учащаются в 12-17 лет⁸. Многие взрослые суициденты думали или пытались покончить с собой еще подростками^{9,10}, что подчеркивает важность ранней профилактики суицидального поведения. Важной составляющей динамики развития суицидального поведения являются акты самоповреждения. Считается, что средний показатель самоповреждающего поведения составляет 10%-13%. Причем среди европейских подростков девушки в среднем в три раза чаще говорят о случаях самоповреждения, чем юноши¹¹. На основании опроса около 4000 подростков 3 регионов России процент риска самоповреждающего поведения колебался от 12% до 25%, в зависимости от региона¹².

¹ ВОЗ Информационный бюллетень ко Всемирному дню психического здоровья 2018 г. Психическое здоровье подростков в Европейском регионе http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/383892/adolescent-mh-fs-rus.pdf?ua=1 [WHO regional office for Europe Newsletter for world mental health day 2018 mental health of adolescents in the European region http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/383892/adolescent-mh-fs-rus.pdf?ua=1] (In Russ)

² National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. WHO, 2018.

³ Rodway C., et al. Suicide in children and young people in England: a consecutive case series // *Lancet Psychiatry*. 2016. № 3. P. 751–59. Published Online May 25, 2016. doi: doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30094-3

⁴ Adolescent mental health: reasons to be cheerful // *The Lancet Psychiatry*. 2017. Vol. 4(7). P. 507.

⁵ Griffin E., et al. Increasing rates of self-harm among children, adolescents and young adults: a 10-year national registry study 2007-2016 // *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018. Vol. 53(7). P. 663–671.

⁶ Boden J.M., Fergusson D.M., Horwood L.J. Anxiety disorders and suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: Findings from a longitudinal study // *Psychological Medicine*. 2007. Vol. 37 (3). P. 431–440.

⁷ Nock M.K., et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement // *JAMA Psychiatry*. 2013. Vol. 70(3). P. 300–310.

Shain B. Suicide and Suicide Attempts in Adolescents // *Pediatrics*. 2016. Vol. 138(1).

⁸ Glenn CR, Lanzillo EC, Esposito EC, et al. Examining the course of suicidal and nonsuicidal self-injurious thoughts and behaviors in outpatient and inpatient adolescents. *JAbnormChildPsychology*. 2017;45(5):971–83.

⁹ Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(7): 617–26. [PubMed]

¹⁰ Goldston DB, Daniel SS, Erkanli A, et al. Suicide attempts in a longitudinal sample of adolescents followed through adulthood: Evidence of escalation. *J Consult Clin Psychology*. 2015;83:253–64. [PMCfreearcicle]

¹¹ O'Connor R.C., Rasmussen S., Hawton K. Adolescent self-harm: A school-based study in Northern Ireland // *Journal of Affective Disorders*. 2014. Vol. 159. P. 46— 52.

¹² Банников Г.С., Павлова Т.С., Федунина Н.Ю., Вихристюк О.В., Гаязова Л.А., Баженова М.Д. Раннее выявление потенциальных и актуальных факторов риска суицидального поведения у несовершеннолетних. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 82-91.

В России, после периода постоянного снижения количества суицидов несовершеннолетних до 2015 года, в 2016 – 2018 гг. отмечалось увеличение их числа. По данным Росстата, в 2017 г. коэффициент частоты завершенных суицидов среди детей 10-14 лет составил 1,6 на 100 000 лиц этого возраста (в 2 раза больше среднемирового показателя), а среди подростков 15-19 лет - 8,4 на 100 000 ровесников (на 13,5% больше, чем в мире). При этом, соответствующий показатель в сельской местности (2,3 на 100 000) превышает таковой у подростков, проживающих в городах (0,8 на 100 000), в 2,9 раза.

Факторы риска развития суицидального поведения

Сочетание внешних нарастающих проблем и внутренней нестабильности, неспособность справиться со стрессовыми сложными ситуациями приводит к социальной и психологической дезадаптации несовершеннолетних, а в значительной части случаев — к развитию психопатологических состояний. Все это в совокупности может способствовать аутоагрессивному поведению несовершеннолетних и, в конце концов, совершению самоубийства¹³.

Условно можно выделить три группы взаимосвязанных факторов, участвующих в динамике развития суицидального поведения: потенциальные (создающие почву), триггерные (стрессовые события запускающие динамику), актуальные (связанные с суицидальным кризисным состоянием).

Потенциальные факторы суицидального поведения

- суицидальные попытки в истории жизни один из основных факторов прогнозирования возможных повторных суицидальных попыток. Наибольший риск повторной попытки приходится на первые 3-6 месяцев¹⁴. 20% пытавшихся покончить жизнь самоубийством могут предпринять суицидальную попытку в течение первого года, а 5% совершают самоубийство в течение 9 лет¹⁵.

-Акты самоповреждения, скрываемые, постоянные. Самоповреждения могут стать предшественниками «истинного» самоубийства (Ribeiro J.D., Franklin J.C., Fox K.R. et al. (2016)).¹⁶

-Психические нарушения. Наличие диагноза психического расстройства связано с увеличением риска самоубийства¹⁷. Риск самоубийства для пациентов с психическими расстройствами в 5-15 раз выше, чем для пациентов без психических расстройств¹⁸. Наиболее распространенными диагнозами являются тревожно-депрессивные расстройства (32-47%), шизофрения (15-20%), алкогольная зависимость (8-17%), расстройства личности (8-11%) и лекарственная зависимость (3- 9%)¹⁹. Тревожные расстройства также

¹³ Макушкин Е.В., Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г., Сырковашина К.В., Ошевский Д.С., Чибисова И.А., Терехина С.А. Возрастные особенности психического развития и состояния несовершеннолетних, совершивших завершённые суициды. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019;119(5 вып. 2):20-24.

¹⁴ Lewinsohn P.M., Rohde P., Seeley J.R. Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. Clin.Psychology SciPractice. 1996; 3: 25–36.

¹⁵ Owens D., Horrocks J., House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. Br J Psychiatry, 2002; 181: 193-9.

¹⁶ Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: A meta-analysis of longitudinal studies. Psychol Med. 2016;46:225–36. [PMCFreearticle]

¹⁷ Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. Arch Gen Psychiatry. 2011;68(10):1058-1064. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.113

¹⁸ Windfuhr K, Kapur N. Suicide and mental illness: a clinical review of 15 years findings from the UK National Confidential Inquiry into Suicide. Br Med Bull. 2011;100:101-121. doi:10.1093/bmb/ldr042

¹⁹ Varnik P. Suicide in the world. Int J Environ Res Public Health. 2012;9(3):760-771. doi:10.3390/ijerph9030760

в значительной степени способствуют риску самоубийства, особенно на пике выраженного, беспричинного страха²⁰. Частота самоубийств подростков 14–25 лет, страдающих нервной анорексией, в 8 раз превышает таковую в общем населении, особо при сочетании с диссоциальными, пограничными, истерическими, нарциссическими расстройствами личности²¹. Расстройство пищевого поведения связано с повышенным риском тяжелых попыток самоубийств²². Важно отметить, что самоубийцы моложе 12 лет только в 25% соответствовали критериям психического расстройства, а 30% имели отдельные депрессивные симптомы перед совершением самоубийства²³.

- Семейные факторы

а) психические заболевания у ближайших родственников, а также суицидальные попытки в семейной истории;

б) стиль воспитания, известный как «контроль без привязанности» увеличивает риск развития суицидального поведения²⁴;

в) низкий социально-экономический статус и образовательный уровень, наличие нетрудоустроенных членов семьи и, как следствие, недостаточная интеграция ребёнка в социум;

г) хронические конфликты в семье, частые ссоры между родителями (опекунами), недостаток внимания и заботы о детях в семье, недостаточное внимание к состоянию ребёнка (например, из-за нехватки времени);

д) алкоголизация, наркомания или другие виды антисоциального поведения родителей;

е) проживание (по разным причинам) без родителей.

- *Сексуальная ориентация и гендерная идентичность*. Несовершеннолетние нетрадиционной ориентации, подвержены большему риску самоубийства, чем их сверстники, за счет депрессивных состояний, переживаний безнадежности, злоупотребления алкоголем и другими ПАВ, а также частой подверженности сексуальному насилию²⁵.

Стрессовые события (триггеры) и суицидальное поведение

Более половины опрошенных родителей, у которых ребенок покончил с собой сообщили, что он пережил какой-то стрессовое событие или конфликт в ближайшее время до смерти.

- *острые конфликты между родителями и детьми* являются наиболее частыми причинами самоубийств у детей, а повешение - наиболее частый способ²⁶.

²⁰ Yaseen ZS, Chartrand H, Mojtabei R, Bolton J, Galynker II. Fear of dying in panic attacks predicts suicide attempt in comorbid depressive illness: prospective evidence from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Depress Anxiety*. 2013;30(10):930-939. doi:10.1002/da.22039

²¹ Pompili M., Mancinelli I., Girardi P., et al. Suicide in anorexia nervosa: a meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2004; 36 (1): 99-103.

²² Borowsky I.W., Ireland M., Resnick M.D. Adolescent suicide attempts: Risks and protectors. *Pediatrics*. 2001; 107: 485-493.

²³ Freuchen, A., Kjelsberg, E. Lundervold, A. J., & Groholt, B. (2012). Differences between children and adolescents who commit suicide and their peers: A psychological autopsy of suicide victims compared to accident victims and a community sample. *Child and Adolescent Psychiatry Mental Health*, 6(1), 1-12. doi: 10.1186/1753-2000-6-1

²⁴ Goschin, S., Briggs, J., Blanco-Lutzen, S., Cohen, L. J., & Galynker, I. (2013). Parental affectionless control and suicidality. *Journal of Affective Disorders*, 151, 1-6.

²⁵ Haas AP, Eliason M, Mays VM et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *J Homosexuality*. 2010;58(1):10-51. [\[PMCFreearticle\]](#)

²⁶ Soole, R., Kølves, K., & De Leo, D. (2014). Factors related to childhood suicides: Analysis of the Queensland Child Death Register. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 35(5), 292-300. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000267>

- **сексуальное, физическое и эмоциональное насилие.** Сексуальное и эмоциональное насилие вносят больший вклад в развитие суицидального поведения по сравнению с физическим насилием или пренебрежением в семье²⁷. Жестокое обращение с детьми влияет на мальчиков и девочек по-разному, и различия наиболее выражены в отношении сексуального насилия²⁸. Мальчики, подвергшиеся физическому насилию, имеют более высокий риск попыток самоубийства по сравнению с девочками, подвергшимися физическому насилию²⁹.

- **крушение романтических отношений, разлука или ссора с друзьями.** Недавнее романтическое расставание в течение последних трех месяцев, одно из наиболее критических событий, приводящее к самоубийству³⁰. Более половины событий связанных с конфликтом отношений происходят в последние 24 часа до самоубийства³¹.

- **запугивание, издевательства (буллинг) со стороны сверстников.** Взаимосвязь между запугиванием, унижением и риском самоубийства зависит от пола и по-разному влияет на жертв и преступников³². Буллинг редко является единственным фактором, способствующим суицидальному поведению.

- **нежелательная беременность, аборт,** заражение болезнью, передающейся половым путем зачастую являются пусковым механизмом к развитию кризисного состояния с суицидальными тенденциями;

- **частые переезды** в раннем детстве в возрасте 11-17 лет, независимо от наличия родительского конфликта, также могут усиливать суицидальный риск³³.

- **недавно выявленное психическое расстройство.** Риск самоубийства в течение 3 месяцев после постановки диагноза в 10 раз выше при депрессии и расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ. Таким образом, врачи должны знать о повышенном риске суицида и суицидального поведения в течение первых 3 месяцев после первоначального диагноза³⁴. Повышенный риск попыток самоубийства сохраняется в течение первого года после постановки диагноза тяжелой депрессии и тревожных расстройств.

- **распад семьи, развод** или уход одного из родителей из семьи, смерть одного из членов семьи;

Факторы, обеспечивающие защиту от суицидального поведения

- а)** *Семья:* хорошие, сердечные отношения, поддержка со стороны родных.
- б)** *Личностные факторы:* развитые социальные навыки, уверенность в себе,

²⁷ Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., Weismore, J. T., & Renshaw, K. D. (2013). The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: A systematic review and critical examination of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(2), 146-172. doi: 10.1007/s10567-013-0131-5

²⁸ Bagley, C., Bolitho, F. & Bertrand, L. (1995). Mental health profiles, suicidal behavior, and community sexual assault in 2112 Canadian adolescents. *Crisis: Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 16, 126-131.

²⁹ Rosenberg, H. J., Jankowski, M. K., Sengupta, A., Wolfe, R. S., Wolford, G. L., & Rosenberg, S. D. (2005). Single and multiple suicide attempts and associated health risk factors in New Hampshire adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 35(5), 547-557.

³⁰ Heikkinen, M., Aro, H., & Lonnqvist, J. (1992). The partners' views on precipitant stressors in suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(5), 380-384. doi:10.1111/j.16000447.1992.

³¹ Marttunen, M. J., Aro, H. M., & Lonnqvist, J. K. (1993). Adolescence and suicide: A review of psychological autopsy studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2(1), 10-18. doi:10.1007/BF02098826

³² Cook, C., Williams, K. R., Guerra, N. G., Kim, T., & Sadek, S. (2010). Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. *School Psychology Quarterly*, 25, 65-83. 10.

³³ Qin, R., Mortensen, P. B., Pedersen, C. B. Frequent change of residence and risk of attempted and completed suicide among children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 2009; 66(6), 628.

³⁴ Randall JR, Doku D, Wilson ML, Peltzer K. Suicidal behaviour and related risk factors among School-aged youth in the republic of Benin. *PLoS One*. 2014;9(2): e88233.

умение обращаться за помощью к окружающим при возникновении трудностей, открытость к мнению и опыту других людей, к получению новых знаний, наличие религиозно-философских убеждений, осуждающих суицид.

в) Социально-демографические факторы: социальная интеграция (включенность в общественную жизнь), хорошие отношения в школе с учителями и одноклассниками.

Признаки кризисного суицидального состояния

Чувство окончательности попадания в невыносимые страдания приводит к возникновению *синдрома суицидального кризиса*, проявляющегося в следующих симптомах:

в эмоциональной сфере: эмоциональное страдание, «душевная боль», тотальная безрадостность (острая ангедония), интенсивный страх;

в когнитивной сфере: фиксация на переживаниях, событиях приведших к кризисному состоянию, невозможность переключиться на позитивные события;

в поведении: значительное снижение социальной активности, избегание связей с близкими;

в соматической сфере: хронические болезненные ощущения в теле, нарушения всех фаз сна.

психосенсорные расстройства: ощущение измененности себя и окружающего мира, болезненное психическое бесчувствие, деперсонализация-дереализация.

Профилактика суицидального поведения подростков.

Первичная профилактика или превенция

Первичная профилактика суицидального поведения среди несовершеннолетних должна стать приоритетным направлением деятельности в области здравоохранения и государственной политики, а осведомленность о самоубийствах как о проблеме общественного здравоохранения должна повышаться с использованием многомерного подхода, учитывающего социальные, психологические и культурные последствия³⁵.

Основная цель профилактики суицидального поведения подростков – уменьшение факторов риска и противодействие им. В России подростки (несовершеннолетние) представляют возрастную группу до 17 лет под защитой государственных органов и официальных опекунов (родителей, близких, попечителей), гарантирующих заботу, защиту и охрану жизни и здоровья. Подростки как особая социально уязвимая группа подпадают под Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» от 24.07.1998 N 124-ФЗ. В Распоряжении Правительства РФ от 18 сентября 2019 г. N 2098-р утвержден комплекс мер до 2020 года по совершенствованию системы профилактики суицида среди несовершеннолетних, включающий, в частности, разработку методических рекомендаций по профилактике суицидального поведения, выявлению ранних суицидальных признаков у несовершеннолетних; проведение обучающих семинаров, лекций для педагогов, школьных врачей и педагогов-психологов, сотрудников подразделений по делам несовершеннолетних, других специалистов, занятых работой с несовершеннолетними, с участием врачей-психиатров по вопросам организации работы по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних с разъяснением факторов

³⁵ Preventing global suicide: a global imperative [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014. Available from: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/

риска, поведенческих проявлений, алгоритма собственных действий. В рамках долговременного сотрудничества Научно-практического центра профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского и Центра экстренной психологической помощи МГППУ разработана технология выявления и сопровождения несовершеннолетних с суицидальными тенденциями объединяющая первичную, вторичную и третичную профилактику. На уровне первичной профилактики проводится повышение компетентности педагогических работников (классных руководителей, педагогов-психологов) в области распознавания признаков суицидального и самоповреждающего поведения, основным (первичным) методам работы с данными явлениями. Проводится психолого-педагогическая диагностика рисков суицидального поведения у обучающихся. Совместно с психологами-педагогами организаций, принявших участие в мониторинге, составляются планы реализации профилактических и психокоррекционных мероприятий по сопровождению подростков «группы риска» и профилактике суицидального поведения. За период с сентября 2015 г. по апрель 2018 г. в мониторинге всего приняли участие около 5000 обучающихся г. Москвы.

Школьные программы.

Профилактические вмешательства, обращенные к учителям и школьному персоналу, профессионалам и ученикам позволяют на 50% сократить суицидальные попытки и частоту выраженных суицидальных мыслей и планов³⁶. Необходимо подключение подростков к разработке профилактических программ³⁷.

Обучение специалистов Образовательных организаций.

Важным этапом первичной профилактики является обучения специалистов Образовательных организаций основам возрастной кризисной психологии, суицидологии. Специалисты отмечают появление новых требований к компетенциям школьного психолога, в том числе в связи с проблемами кризисного вмешательства³⁸, особой ролью психолога в реализации программ профилактики суицидального поведения подростков³⁹. Расширение перечня ситуаций, требующих внимания психолога, с учетом важности образовательной среды в укреплении психического здоровья подростков и молодежи и предоставления им психологической поддержки⁴⁰, наличия данных об эффективности школьных программ профилактики суицидального поведения⁴¹. Отмечается необходимость предоставления дополнительной информации и обучение в области профилактики суицидального поведения⁴². Наиболее актуальные вопросы связаны с приме-

³⁶ Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE clusterrandomised, controlled trial. *Lancet*. 2015; 385(9977): 1536–44.

³⁷ National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. World Health Organization 2018

³⁸ Бурмистрова Е.В. Психологическая помощь в кризисных ситуациях (предупреждение кризисных ситуаций в образовательной среде): Методические рекомендации для специалистов системы образования. – М.: МГППУ, 2006. – 96 с.

³⁹ Eckert, T. L., Miller, D. N., DuPaul, G. J., & Riley-Tillman, T. C. Adolescent Suicide Prevention: School Psychologists' Acceptability of School-Based Programs // *School Psychology Review*. 2003. 32(1), pp. 57–76.

Liebling, B. D. E., & Jennings, H. R. The Current Status of Graduate Training in Suicide Risk Assessment // *Psychology in the Schools*, 2013. 50(1), pp. 72–86.

⁴⁰ Hellmuth, J. Are schools the best places to provide mental health services? // *Brown University Child & Adolescent Behavior Letter*. 2018. 34(5), pp. 1–6.

⁴¹ Stone D. M., & Crosby, A. E. Suicide Prevention // *American journal of lifestyle medicine*. 2014. 8(6), pp. 404–420. doi:10.1177/1559827614551130

⁴² Suldo S., Loker, T., Friedrich, A., Sundman, A., Cunningham, J., Saari, B., & Schatzberg, T. Improving School Psychologists' Knowledge and Confidence Pertinent to Suicide Prevention through Professional Development // *Journal of Applied School Psychology*. 2010. 26(3), pp.177–197.

нением стандартизированных методик направленных на выявление суицидального поведения, оказание кризисной психологической помощи, организации медико-психологических мероприятий в Образовательной организации после суицида обучающегося⁴³.

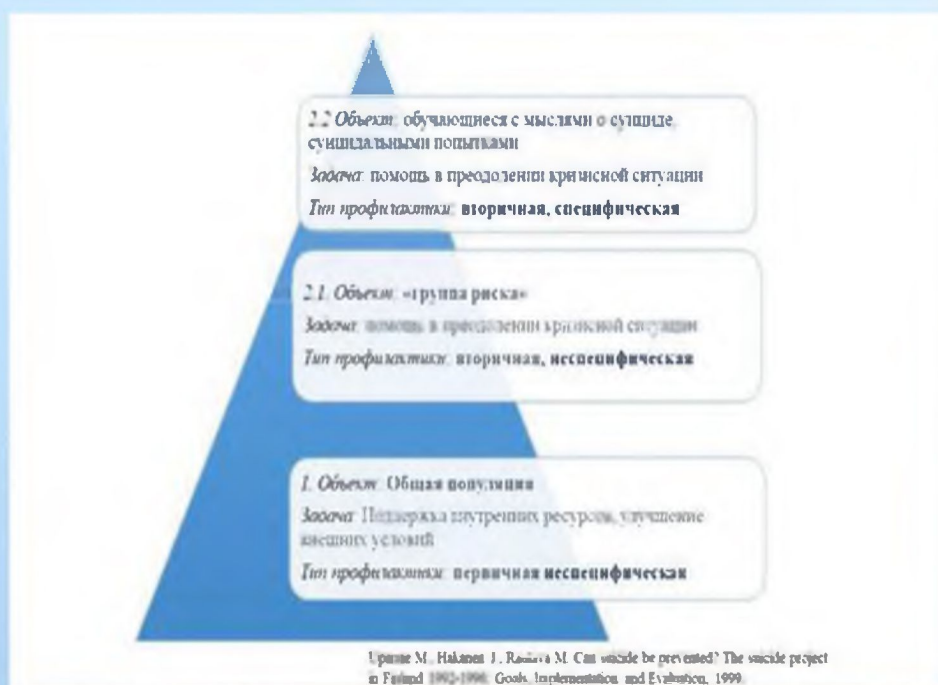
Вторичная профилактика или интервенция

Поддержка лиц, переживающих кризисы, ориентированная на решение актуальных проблем подростка. Основная цель вторичной профилактики – помочь человеку с выявленными суицидальными намерениями найти выход из сложившейся ситуации и стабилизировать психологическое состояние. Цели мероприятий для подростков, склонных к суицидальному поведению, можно представить как уменьшение дистресса (разрешение актуального кризиса) и предотвращение развития суицидальных намерений⁴⁴. через поддержку и поощрение приверженности к лечению. Психотерапия сосредоточена на выявлении триггеров развития суицидального поведения для планирования эффективного совладания с такими ситуациями в будущем.

Третичная профилактика или поственция

Помощь, которая оказывается людям, уцелевшим после попытки самоубийства и их окружению, а также направлена на социально-психологическое сопровождение окружения близких погибшего от суицида и предотвращение волны подражательных суицидов. Цели и этапы оказания кризисной психологической помощи после совершенного в Образовательной организации суицида: снижение интенсивности острых стрессовых реакций у пострадавших (учащиеся и их родители, педагоги, администрация образовательного учреждения), оптимизация их актуального психического состояния, профилактика возникновения негативных эмоциональных реакций и повторных суицидов.

Рис. 1 Объект и задачи при разных типах профилактики



⁴³ Nickerson, A. B., & Zhe, E. J. Crisis Prevention and Intervention: A Survey of School Psychologists. // Psychology in the Schools. 2004. 41(7), pp. 777–788. <http://dx.doi.org/10.1002/pits.20017>

⁴⁴ Esposito-Smythers C, Goldston D. Challenges and opportunities in the treatment of adolescents with substance use disorders and suicidal behavior. SubstanceUse. 2008;29(2):5–17. [\[PMCFreearticle\]](#)

Телефон доверия - средство первичной, вторичной и третичной профилактики суицидального поведения несовершеннолетних

В качестве одного из основного инструмента профилактики суицидального поведения во всем мире считаются службы Телефонов доверия (службы экстренной психологической помощи). Специалисты Телефонов доверия помогают ребенку осознать ценность жизни, найти выход из сложной жизненной ситуации, увидеть свое будущее во взрослой перспективе (жизни): учебе, работе, семье, поиске и выборе партнера. Работа служб Телефонов доверия могут снижать частоту суицидальных попыток и уменьшать риск повторных суицидов^{45 46}. В дополнение к снижению суицидального риска, телефонное консультирование улучшает психическое состояние суицидентов⁴⁷. Суицидальные мысли подростков с семейными проблемами – на пятом месте по частоте среди 11 категорий телефонного консультирования в Японии⁴⁸. В России не более 5% звонков на горячую линию связаны с кризисными состояниями взрослых и подростков.

⁴⁵ Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. Bull World Health Organization. 2008;86(9):703–9. [[PMC free article](#)]

⁴⁶ Mousavi SG, Zohreh R, Maracy MR, et al. The efficacy of telephonic follow up in prevention of suicidal reattempt in patients with suicide attempt history. AdvBiomedRes. 2014;3 [[PMCfreearticle](#)]

⁴⁷ Rhee WK, Merbaum M, Strube MJ, Self SM. Efficacy of brief telephone psychotherapy with callers to a suicide hotline. SuicideLife-ThreatBehav. 2005;35(3):317–28. [[PubMed](#)]

⁴⁸ Doki S, Kaneko H, Oi Y, et al. Risk factors for suicidal ideation among telephone crisis hotline callers in japan. Crisis. 2016;37:438–44. [[PubMed](#)]



Рекомендации родителям ребенка, совершившего попытку суицида (в разработке)

Дорогие родители!

- ✓ Если Вы держите в руках этот буклет, возможно, вашему ребенку сейчас потребовалась помощь врачей.
- ✓ Первое и самое важное: **Ваш ребенок жив!**
- ✓ Второе и тоже важное: чтобы поправиться, ребенку необходима поддержка, любовь и забота его самых близких людей, т.е. Вас.
- ✓ Врачи сделают всё возможное, чтобы восстановить физическое здоровье ребенка.
- ✓ Чтобы поправиться полностью, необходимо восстановить психологическое здоровье и душевное спокойствие Вашего ребенка и Вас.
- ✓ Пожалуйста, обязательно придерживайтесь правильного режима дня – ваши силы сейчас очень важны и для Вас, и для Вашего ребенка.
- ✓ Пока ребенок находится под присмотром врачей, у Вас есть возможность успокоиться, собраться с мыслями и продумать следующие шаги.

Мы готовы оказать психологическую помощь.

В конце буклета вы найдете контакты, **куда можно и нужно** обращаться в этой ситуации.

Попытка самоубийства - это сигнал SOS

Попытка самоубийства - это реакция на проблему, которую ребенок видит непреодолимой, это крик о помощи. Даже если Вам эта проблема кажется надуманной, а действия ребенка – шантажными, суицидальная попытка говорит о том, что других способов справиться с ситуацией он не находит. Это не значит, что ребенок «плохой», это значит, что ему сейчас плохо, и ему **необходимо помочь**.

Почему необходимо обратиться за помощью к психиатру, психологу

Попытка прекратить жизнь – это крайняя степень отчаяния, одиночества, невыносимости ситуации, «страдания, которые больше невозможно выносить». Если уделить внимание только физическим последствиям попытки суицида: раны, травмы и т.д., то психологические причины так и останутся без внимания. Возможно, кризис не разрешился, а суицидальная попытка может повториться, а значит угроза жизни ребенка сохраняется.

Обращение за помощью к психиатру, психологу – это не слабость и стыд. Это наш с Вами выбор, выбор неравнодушного и ответственного человека.

Способы помощи

Наиболее эффективна комплексная психолого-психиатрическая работа с ребенком и членами его семьи.

Психологическая помощь необходима в решении сложностей в следующих сферах:

- ✓ семейные взаимоотношения,
- ✓ сложности в школе: учеба, отношения со сверстниками, учителями,
- ✓ потеря близких людей, разрыв отношений,
- ✓ ощущение безнадежности, никчемности,
- ✓ болезнь и хроническая боль,
- ✓ физическое или сексуальное насилие (часто скрывается),
- ✓ вопросы сексуальной ориентации.

Психиатрическая помощь необходима в решении сложностей в следующих сферах:

- ✓ злоупотребление алкогольными напитками и/или психоактивными веществами, в том числе подозрение на их прием.
- ✓ психические расстройства (эмоциональная неустойчивость с частыми беспричинными сменами настроения, раздражительность, снижение познавательной деятельности, ухудшение памяти, забывчивость, общее снижение энергетического потенциала, нарушения сна).
- ✓ тяжелые последствия психотравмирующих событий (изменение характера и привычек ребенка после перенесенной травмы, эмоциональная отчужденность от близких, нежелание общаться и говорить о произошедшем, чувство вины из-за случившегося горя).

Психическое расстройство необходимо своевременно диагностировать и лечить, а сочетание медикаментозного лечения и психотерапии может приводить к максимально положительным и устойчивым результатам.

Как общаться, чтобы слышать друг друга

Для ребенка в кризисной ситуации нет ничего хуже чувства, что его никто не понимает и он никому не нужен. Ему необходимо дать понять, что он не одинок. Беседуйте с ним и проявляйте заботу о нем.

- ✓ Всеми своими действиями показывайте, что вы прислушиваетесь к его словам и понимаете серьезность испытываемой им боли.
- ✓ Дежурные фразы о том, что "все не так уж плохо" и "все наладится" не помогают: слыша их, ребенок чувствует, что вы не понимаете и не хотите выслушать его.
- ✓ Вместо общих фраз лучше сказать: "Ты не одинок. Я готов внимательно тебя выслушать и помочь тебе" или "Возможно, я не способен до конца понять твои чувства, но я твердо знаю, что готов сделать все возможное, чтобы помочь тебе", «Я ни в коем случае не хочу потерять тебя, давай попробуем вместе справиться».
- ✓ Нет необходимости говорить много, иногда можно вообще обойтись без слов. Просто побудьте рядом и выслушайте рассказ о том, что чувствует Ваш ребенок, в чем он сейчас нуждается, как он видит свое будущее.
- ✓ Избавьтесь от отвлекающих факторов (выключите телевизор и компьютер), чтобы вас ничто не отвлекало от беседы. Но держите под рукой телефон на случай, если придется вызвать помощь.

Выслушайте ребенка.

Если подросток пребывает в расстроенных чувствах, признается, что думает о самоубийстве, и выказывает различные тревожные признаки, не оставляйте его наедине с самим собой. Побудьте с ним, поговорите и внимательно выслушайте.

Наиболее опасные симптомы:

- ✓ Если в беседе высказывает намерения покончить с собой и говорит, что у него есть план как это сделать.
- ✓ Если жалуется на чувство безысходности, говорит, что он «не живет, а существует», мечется и может найти успокоение.
- ✓ Если в поведении прослеживается нарастающая замкнутость желание уединиться, избавиться от Вашего присутствия, куда-либо уехать, уйти.
- ✓ Если Ваш ребенок, говорящий ранее о своих страданиях, пугавший Вас суицидальными идеями, вдруг становится спокойным, тихим, а иногда и радостным, это может означать, возможно он принял решения о самоубийстве.

Если Ваш ребенок не идет на контакт, попросите его ответить на следующие вопросы:

- ✓ Тебе сейчас плохо?
- ✓ Нужна ли помощь другого человека?
- ✓ Могу ли я пригласить кого-либо из твоих друзей?
- ✓ Я могу вызвать врача?
- ✓ Ты можешь поговорить со мной, через некоторое время?
- ✓ За это время ты не станешь причинять себе вред?

Если эти вопросы не помогают разговаривать Вашего ребенка, возможно, необходимо обратиться в службу скорой помощи

Куда обращаться за помощью

ФГБУ "НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского" Научно-практический центр профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних г.

Москва ул. Потешная д.3 тел. 8(495) 963-75-72

Цель деятельности Центра — разработка и реализация комплексных мер по профилактике, ранней диагностике, кризисной помощи и реабилитации суицидального и опасного поведения у детей и подростков. В амбулаторном блоке Центра, работающем на базе отделения клинической и профилактической суицидологии и консультативно-диагностического отделения клиники Московского НИИ психиатрии – филиала Центра им. В.П. Сербского, оказывается консультативно-диагностическая, медико-психологическая и психотерапевтическая помощь детям и подросткам с проявлениями суицидального поведения. В стационарном блоке на базе детско-подросткового отделения клиники Московского НИИ психиатрии оказывается стационарная (кризисная, реабилитационная) суицидологическая помощь детям и подросткам, госпитализированным вследствие совершенных суицидальных попыток, а также наличия у них других проявлений суицидального (мысли, замыслы, намерения, преднамеренные самоповреждения) и опасного (экстремальные поступки с риском для жизни и здоровья) поведения. В Центре работают высококвалифицированные специалисты в области детской и подростковой психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и суицидологии.

Руководитель Центра – доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки

России Б.С. Положий.

Все виды консультативно-диагностической и лечебной помощи осуществляются на бесплатной основе и не требуют каких-либо врачебных направлений.

Запись на консультативно-диагностический прием осуществляется по телефону (495) 963-71-25 (кроме субботы и воскресенья) с 9.00 до 17.00.

Горячая линия помощи. Круглосуточно [+7\(495\) 637-70-70](tel:+7(495)637-70-70)

Горячая линия по вопросам

домашнего насилия [+7\(495\) 637-22-20](tel:+7(495)637-22-20)

Контактный E-mail по вопросам COVID-19 covid-19@serbsky.ru