



АДМИНИСТРАЦИЯ
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
КОМИТЕТ ПО
ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
191124, Санкт-Петербург, Лафонская ул., 6 лит а
Тел.: (812) 611-45-45, Факс: (812) 539-45-37
E mail: sec.lokz@lenreg.ru

21.07.2020 № 1.4-04/461

Главным врачам государственных
бюджетных учреждений здравоохранения
Ленинградской области

Главному врачу ГКУЗ
«Ленинградский областной
психоневрологический диспансер»
Лупинову И.В.

Главному врачу ГБУЗ
«Ленинградский областной
наркологический диспансер»
Славиной Т.Ю.

Директору
ГКУЗ ЛО «Центр медицинской
профилактики»
Тюлькиной О.С.

Уважаемые коллеги!

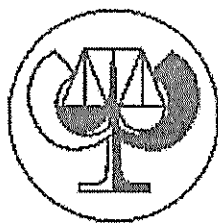
Комитет по здравоохранению Ленинградской области направляет для использования в работе, размещения на официальном сайте учреждения буклеты и памятки по ознакомлению с признаками и ранними проявлениями у несовершеннолетних суицидальных настроений, методами профилактики суицидального поведения, а также с указанием служб экстренного реагирования и психологической помощи, подготовленные ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Приложение по тексту.

Заместитель председателя Комитета

П.Н. Рязанов





ПАМЯТКА

ИНФРАСТРУКТУРА МЕДИЦИНСКИХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ, ОКАЗЫВАЕМЫХ НАСЕЛЕНИЮ БЮДЖЕТНЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ (В ТОМ ЧИСЛЕ В КРИЗИСНЫХ И ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ)

• ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России.

Научно-практический центр профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних.

г. Москва, ул. Потешная, д. 3.

Тел. Центра: 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 имени 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) (понедельник-пятница с 9.00 до 17.00).

• Городское консультативно-психиатрическое диспансерное отделение ГБУ здравоохранения города Москвы.

«Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы».

г. Москва, 5-й Донской проезд, д. 21А.

Тел.: 8 (495) 954-20-74 (понедельник-пятница с 9.00 до 18.00, суб. с 9.00 до 14.00).

Стационар, включающий в себя 11 лечебно-диагностических отделений, в том числе отделения для лечения наиболее тяжелых форм психических расстройств (острые психозы, шизофрения, расстройства с выраженными нарушениями поведения и суицидальными проявлениями, умственная отсталость), отделение для комплексной лечебно-реабилитационной и педагогической работы с детьми и подростками с пограничными формами психических расстройств, отделение для совместного пребывания родителей с детьми, боксированное отделение. Особым направлением в работе НПЦ является коррекция нарушений пищевого поведения, в том числе нервной анорексии.

Условия:

- самостоятельное обращение с 15 лет; для детей до 15 лет с родителями;
- обращение по паспорту, полису;
- бесплатные консультации для москвичей; для иногородних: самостоятельное обращение - платно, по направлению Департамента здравоохранения - бесплатно.

Бесплатные анонимные телефоны доверия

• **ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.**

Горячая линия помощи. Круглосуточно **8 (495) 637-70-70.**

Горячая линия по вопросам домашнего насилия **8 (495) 637-22-20.**

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

• **Всероссийский Детский телефон доверия (бесплатно, круглосуточно) 8-800-2000-122.**

Психологическое консультирование, экстренная и кризисная психологическая помощь для детей и подростков в трудной жизненной ситуации и их родителей.

• **«Детский телефон доверия» Центра экстренной психологической помощи Московского городского психолого-педагогического университета (бесплатно, круглосуточно) 8 (495) 624-60-01 или 8-800-2000-122.**

Психологическое консультирование, экстренная и кризисная психологическая помощь для детей и подростков в трудной жизненной ситуации и их родителей.

• **Телефон доверия неотложной психологической помощи** (Московская служба психологической помощи населению) (бесплатно, круглосуточно): **051** (с городского телефона); с мобильного телефона (МТС, Мегафон, Билайн) **8-495-051** - услуги оператора связи оплачиваются согласно тарифному плану.

Психологическое консультирование взрослых по различным вопросам: острые кризисные ситуации, вопросы личностного развития, семейные или профессиональные проблемы.

• **Горячая линия «Дети Онлайн»** (бесплатно, с 09-00 до 18-00 по рабочим дням) **8-800-250-00-15**.

Консультирование взрослых по вопросам: как оградить детей от негативного контента, преследования, шантажа, домогательства в Интернете.

• **Горячая линия Центра экстренной психологической помощи МЧС России** (бесплатно, круглосуточно): **8 (499) 216-50-50** (при звонке из другого города или страны оплачивается междугородняя связь).

Психологическое консультирование взрослых по различным вопросам: острые кризисные ситуации, вопросы личностного развития, семейные или профессиональные проблемы.

Департамент образования города Москвы

• **ГБОУ города Москвы «Городской психолого-педагогический центр Департамента образования города Москвы»** (ГБОУ ГППЦ ДОГМ).

тел.: **8 (499) 172-10-19; 8 (499) 613-52-14**.

Оказание бесплатной очной психологической помощи детям и их родителям. Проведение мероприятий первого и второго уровней профилактики суицидального поведения обучающихся.

• **Центр экстренной психологической помощи ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет».**

г. Москва, Шелепихинская набережная, д. 2А.

тел.: **8 (499) 795-15-01; 8 (499) 795-15-07**.

Оказание экстренной психологической помощи субъектам образовательной среды, психологическое консультирование детей, родителей, работников сферы образования в кризисных ситуациях.

Организация и предоставление учебно-методической помощи специалистам образовательных организаций (по направлениям деятельности центра).

Департамент социальной защиты населения города Москвы

- ГБУ «Московская служба психологической помощи населению» Департамента социальной защиты города Москвы (ГБУ МСППН).
г. Москва, 2-ой Саратовский проезд, д. 8, кор. 2.
тел.: **8 (499) 173-09-09** и филиалы по округам (пон.-пят. с 9.00 до 21.00, суб. с 9.00 до 18.00). Консультации по вопросам семьи и брака, детско-родительским взаимоотношениям, внутрисемейным конфликтам, психологическому здоровью, профориентации (самостоятельное обращение с 14 лет; для детей от 10 до 14 лет - с родителями). Кризисное очное консультирование (на территории службы); выездная кризисная помощь (на дому), работа бригад быстрого реагирования в связи с ЧС.

МЧС России

Единый номер спасения: 112.

- **Центр экстренной психологической помощи МЧС России.**

г. Москва, Угловой переулок д. 27 стр. 2.

Оказание экстренной психологической помощи населению, пострадавшему при чрезвычайных ситуациях. Оказание экстренной психологической помощи осуществляется в ходе проведения эвакуации пострадавших, в пунктах временного размещения, при сопровождении массовых и траурных мероприятий, в том числе при проведении процедуры опознания. На сегодняшний день сотрудниками организации являются более 350 специалистов, которые работают в Центре и его филиалах в Хабаровске, Красноярске, Екатеринбурге, Нижнем Новгороде, Ростове-на-Дону, Пятигорске, Севастополе, Санкт-Петербурге.

<http://www.psi.mchs.gov.ru>

Горячая линия +7 (495) 989-50-50.

Интернет ресурсы

- Сайт при детском телефоне доверия МГППУ, где размещены информационные ресурсы и есть возможность получить дистанционную консультацию <http://childhelpline.ru/>
- Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)
<https://www.who.int/features/qa/24/ru/>
- wikiHow «Как предотвратить самоубийство»
<https://ru.wikihow.com/%D0%BF%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D1%82%D0%B2%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%82%D1%8C-%D1%81%D0%B0%D0%BC%D0%BE%D1%83%D0%B1%D0%B8%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE>



РЕКОМЕНДАЦИИ РОДИТЕЛЯМ РЕБЕНКА, СОВЕРШИВШЕГО ПОПЫТКУ СУИЦИДА

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, невыносимость 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 равнодушного 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 обсуждать 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 решение 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»
Минздрава России
Научно-практический центр профилактики суицидов и опасного
поведения несовершеннолетних**

г. Москва, ул. Потешная, д. 3
Тел.: (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.

Горячая линия по вопросам домашнего насилия: +7 (495) 637-22-20.

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



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 «Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России*

Самоубийства занимают второе место, как причины смерти, в детском и подростковом возрастах и десятое – среди всех возрастных групп. Ежегодно кончают жизнь самоубийством 1,2 миллиона подростков. Скачок уровня суицидов отмечается между ранним подростковым и молодым возрастом¹. Суицид – вторая по распространенности причина смерти в возрасте 15-29 лет². По другим данным, самоубийство является третьей по значимости причиной смерти молодых людей в возрасте 10-19 лет во всем мире³, и уровень самоубийств среди молодежи (15-19 лет) растет быстрее, чем среди населения в целом (45% против 26%)⁴. Подростковый возраст знаменует собой начало и быстрое развитие многих психических расстройств (например, депрессии, тревоги), которые способствуют повышенному риску самоубийства⁵. Повышенный риск суицида наблюдается в период с 12 до 17 лет, на каждую смерть от самоубийства среди молодежи приходится от 50 до 100 попыток суицида⁶. 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 лет⁷. Многие взрослые суициденты думали или пытались покончить с собой еще подростками⁸, что подчеркивает важность ранней профилактики суицидального поведения. Важной составляющей динамики развития суицидального поведения

¹ National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. WHO. 2018.

² 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

³ Adolescent mental health: reasons to be cheerful // The Lancet Psychiatry. 2017. Vol. 4(7). P. 507.

⁴ 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.

⁵ 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.

⁶ 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).

⁷ 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.

⁸ 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]

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 юноши⁹. На основании опроса около 4000 подростков 3 регионов России процент риска самоповреждающего поведения колебался от 12% до 25%, в зависимости от региона¹⁰.

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 самоубийства¹¹.

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 месяцев¹². 20% пытавшихся покончить жизнь самоубийством могут предпринять суицидальную попытку в течение первого года, а 5% совершают самоубийство в течение 9 лет¹³.

- *Акты самоповреждения, скрываемые, постоянные*. Самоповреждения

⁹ 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.

¹⁰ Баников 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.

¹¹ Макушкин Е.В., Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г., Сыровквашина 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.

¹² 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.

¹³ Owens D., Horrocks J., House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. Br J Psychiatry, 2002; 181: 193-9.

могут стать предшественниками «истинного» самоубийства¹⁴.

- **Психические нарушения.** Наличие диагноза психического расстройства связано с увеличением риска самоубийства¹⁵. Риск самоубийства для несовершеннолетних с психическими расстройствами в 5-15 раз выше, чем без психических расстройств¹⁶. 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%)¹⁷. Тревожные расстройства также в значительной степени способствуют риску самоубийства, особенно на пике выраженного, беспричинного страха¹⁸. Частота самоубийств подростков 14–25 лет, страдающих нервной анорексией, в 8 раз превышает таковую в общем населении, особо при сочетании с диссоциальным, пограничным, истерическим и нарциссическим расстройствами личности¹⁹. Расстройство пищевого поведения связано с повышенным риском тяжелых попыток самоубийств²⁰.

У подростков моложе 12 лет совершивших самоубийство только в 25% выявлялись психические расстройства, а в 30% перед совершением самоубийства наблюдались лишь отдельные депрессивные симптомы²¹.

- **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 поведения²²;

в) низкий социально-экономический статус и образовательный уровень, наличие не трудоустроенных 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

¹⁴ 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. [PMCFreecarticle]

¹⁵ 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

¹⁶ 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

¹⁷ Väimäki P. Suicide in the world. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9(3):760-771. doi:10.3390/ijerph9030760

¹⁸ Yaseen ZS, Chartrand H, Mojtabai R, Bolton J, Galynker H. 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

¹⁹ Pompili M., Mancinelli L., Girardi P., et al. Suicide in anorexia nervosa: a meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2004; 36 (1): 99-103.

²⁰ Borovsky I.W., Ireland M., Resnick M.D. Adolescent suicide attempts: Risks and protectors. *Pediatrics*. 2001; 107: 485–493.

²¹ 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

²² 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.

нетрадиционной ориентации, подвержены большему риску самоубийства, чем их сверстники, за счет депрессивных состояний, переживаний безнадежности, злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами, а также частой подверженности сексуальному насилию²³.

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 способ²⁴.

- *Сексуальное, физическое и эмоциональное насилие.* Сексуальное и эмоциональное насилие вносят большой вклад в развитие суицидального поведения по сравнению с физическим насилием или пренебрежением в семье²⁵. Жестокое обращение с детьми влияет на мальчиков и девочек по-разному, и различия наиболее выражены в отношении сексуального насилия²⁶. Мальчики, подвергшиеся физическому насилию, имеют более высокий риск попыток самоубийства по сравнению с девочками, подвергшимися физическому насилию²⁷.

- *Крушение романтических отношений, разлука или ссора с друзьями.* Недавнее романтическое расставание в течение последних трех месяцев, одно из наиболее критических событий, приводящее к самоубийству²⁸. Более половины событий связанных с конфликтом отношений происходят за последние 24 часа до самоубийства²⁹.

- *Запугивание, издевательства (буллинг) со стороны сверстников.* Взаимосвязь между запугиванием, унижением и риском самоубийства зависит от пола и по-разному влияет на жертв и преступников³⁰. Буллинг редко является единственным фактором, способствующим суицидальному поведению.

- *Нежелательная беременность, аборт,* заражение болезнью, передающейся половым путем зачастую являются пусковым механизмом к

²³ 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]

²⁴ Soolé, R., Kólves, 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>

²⁵ 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

²⁶ 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.

²⁷ 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.

²⁸ Heikkinen, M., Aro, H., Lönnqvist, J. (1992). The partners' views on precipitant stressors in suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(5), 380-384. doi:10.1111/j.16000447.1992.

²⁹ Marttunen, M. J., Aro, H. M., & Lönnqvist, J. K. (1993). Adolescence and suicide: A review of psychological autopsy studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2(1), 10-18. doi:10.1007/BF02098826

³⁰ 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.

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 риск³¹.

- *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 диагноза³². 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

- *Семья*: хорошие, сердечные отношения, поддержка со стороны родных.

- *Личностные факторы*: развитые социальные навыки, уверенность в себе, 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.

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

Признаки кризисного суицидального состояния

Переживания на которые необходимо обратить внимание:

- *переживание социального поражения или личного унижение* чаще возникает у подростков при невозможности оправдать ожиданий родителей, в ситуации буллинга;

- *переживание себя как бремени для других*, первую очередь для родителей. Наиболее часто встречающееся и мучительное переживание. Является независимым предиктором суицидальных мыслей в различных выборках, вне зависимости есть ли заболевание или нет;

- *переживание безысходности*, подростки говорят, что чувствуют «себя в ловушке своих несчастий», «с закрытой дверью», «страдание без возможности побега», которое создает муку, которая вызывает самоубийство.

³¹ 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.

³² 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.

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 беспричинный 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 (деперсонализация-дереализация), болезненное психическое бесчувствие, выражающаяся в словах «я не живу, я существую», «я стал как робот».

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 последствия³³.

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

³³ 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/

работы по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних с разъяснением факторов 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) методом 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 планов³⁴. Необходимо подключение подростков к разработке профилактических программ³⁵.

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 вмешательства³⁶, особой ролью психолога в реализации программ профилактики суицидального поведения подростков³⁷. Существуют многочисленные данные об эффективности школьных программ в

³⁴ Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE clusterrandomised, controlled trial. *Lancet*. 2015; 385(9977): 1536–44.

³⁵ National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. World Health Organization 2018

³⁶ 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.

³⁷ 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.

профилактики суицидального поведения³⁸. Отмечается необходимость предоставления дополнительной информации и обучение в области кризисного консультирования³⁹. Наиболее актуальные вопросы связаны с применением стандартизированных методик направленных на выявление суицидального поведения, оказание кризисной психологической помощи, организации медико-психологических мероприятий в образовательной организации после суицида обучающегося⁴⁰.

Первичная профилактика: работа с родителями

Три главные мысли, которые нужно донести до родителей:

- ✓ То, что взрослому кажется пустяком, для ребёнка может быть поводом для очень серьёзных душевных переживаний (примеры).
- ✓ У подростков ещё недостаточно жизненного опыта для конструктивного решения проблем, им может показаться, что уход из жизни – лучший выход из кризисной ситуации.
- ✓ Родители могут помочь своему ребёнку, если вовремя заметят у него признаки кризисного состояния и поговорят с ним. Дети очень редко напрямую просят им помочь или поговорить с ними, гораздо чаще они делают это косвенным образом, поэтому будьте внимательны к состоянию своего ребёнка и проявляйте искреннюю активную заинтересованность в его жизни.

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 намерений⁴¹. через поддержку и поощрение приверженности к лечению. Психотерапия сосредоточена на выявлении триггеров развития суицидального поведения для планирования эффективного совладания с такими ситуациями в будущем.

³⁸ Stone D. M., & Crosby, A. E. Suicide Prevention // American journal of lifestyle medicine. 2014. 8(6), pp. 404–420. doi:10.1177/1559827614551130

³⁹ 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.

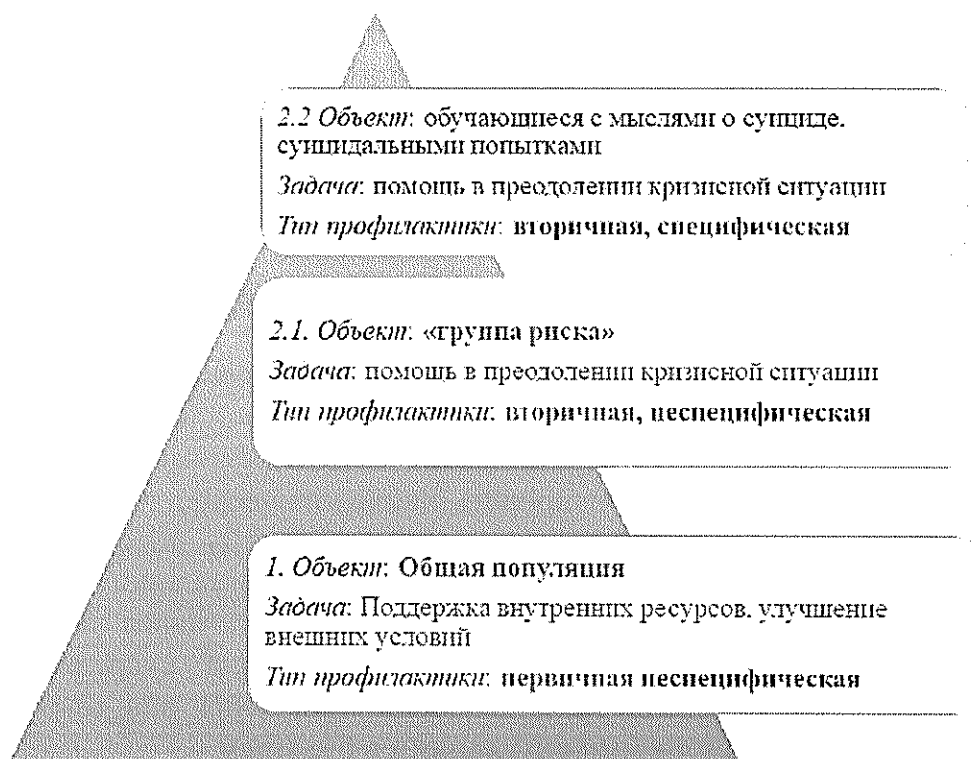
⁴⁰ Nickerson, A. B., & Zhe, E. J. Crisis Prevention and Intervention: A Survey of School Psychologists. // Psychology in the Schools. 2004. 41(7), pp. 777–788. <http://dx.doi.org/10.1002/pits.20017>

⁴¹ 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](#)]

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



Uranen M., Hakanen J., Rautava M. Can suicide be prevented? The suicide project in Finland 1992-1996: Goals, Implementation and Evaluation, 1999.

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)⁴². 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 снижают частоту суицидальных попыток и уменьшают риск повторных суицидов⁴³. В дополнение к снижению суицидального риска, телефонное консультирование улучшает общее психическое состояние суицидентов⁴⁴. Суицидальные мысли подростков с семейными проблемами – на пятом месте по частоте среди 11 категорий телефонного консультирования в Японии⁴⁵. В России не более 5% звонков на горячую линию связаны с кризисными состояниями взрослых и подростков, однако за последние несколько лет количество таких звонков неуклонно растет.

⁴² 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](#)]

⁴³ 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. [[PMCFreeArticle](#)]

⁴⁴ 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](#)]

⁴⁵ 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](#)]

