



## 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. 21 А.  
 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](mailto: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.

правительст  
 во ленинградской обл.  
 1 05 ЛАС ТИ

• **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).

• **ГБУ «Московская служба психологической помощи населению»**

Департамента социальной защиты города Москвы (ГБУ МСПШИ). 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/factiires/qa/24/iTi/>

- wikil-Iow «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!**

**S** Если Вы держите в руках этот буклет, возможно, вашему ребенку сейчас потребовалась помощь врачей.

**S** Первое и самое важное: Ваш ребенок жив!

**S** Второе и тоже важное: чтобы поправиться, ребенку необходима поддержка, любовь и забота его самых близких людей, т.с. Вас.

**S** Врачи сделают все возможное, чтобы восстановить физическое здоровье ребенка.

**S** Чтобы поправиться полностью, необходимо восстановить психологическое здоровье и душевное спокойствие Вашего ребенка и Вас.

*S* Пожалуйста, обязательно придерживайтесь правильного режима дня - ваши силы сейчас очень важны и для Вас, и для Вашего ребенка.

*S* 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 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:**

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

### **Психиатрическая помощь необходима в решении сложностей в следующих сферах:**

- S* злоупотребление алкогольными напитками и/или психоактивными веществами, в том числе подозрение на их прием;

**S** психические расстройства (эмоциональная неустойчивость с частыми беспричинными сменами настроения, раздражительность, снижение познавательной деятельности, ухудшение памяти, забывчивость, общее снижение энергетического потенциала, нарушения сна);

**S** 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.

- s 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

- S Если в беседе высказывает намерения покончить с собой и говорит, что у него есть план как это сделать.
- S Если жалуется на чувство безысходности, говорит, что он «не живет, а существует», мечется и может найти успокоение.
- S Если в поведении прослеживается нарастающая замкнутость желание уединиться, избавиться от Вашего присутствия, куда-либо уехать, уйти.
- S 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***

- S Тебе сейчас плохо?
- S Нужна ли помощь другого человека?
- S Могу ли я пригласить кого-либо из твоих друзей?
- v" Я могу вызвать врача?
- S Ты можешь поговорить со мной, через некоторое время?
- S 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](mailto: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 возрастом<sup>1</sup>, Суицид - вторая по распространенности причина смерти в возрасте 15-29 лет<sup>2</sup>. По другим данным, самоубийство является третьей по значимости причиной смерти молодых людей в возрасте 10-19 лет во всем мире<sup>3</sup>, и уровень самоубийств среди молодежи (15-19 лет) растет быстрее, чем среди населения в целом (45% против 26%)<sup>4</sup>. Подростковый возраст знаменует собой начало и быстрое развитие многих психических расстройств (например, депрессии, тревоги), которые способствуют повышенному риску самоубийства<sup>5</sup>. Повышенный риск суицида наблюдается в период с 12 до 17 лет, на каждую смерть от самоубийства среди молодежи приходится от 50 до 100 попыток суицида<sup>6</sup>. 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 лет<sup>7</sup>. Многие взрослые суициденты думали или пытались покончить с собой еще подростками<sup>8</sup>, что подчеркивает важность ранней профилактики суицидального поведения. Важной составляющей динамики развития суицидального поведения

<sup>1</sup> National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. WHO. 2014.

\* Rod way C, et al. Suicide in children and young people in England: a consecutive case series. *Lancet Psychiatry*. 2016. jYe 3. P. 751 — 59. Published On line May 25, 2016. doi: doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30094-3

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

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

<sup>4</sup> Boden J.M., Pergusson D.M., Norwood 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.

<sup>5</sup> 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.

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

<sup>7</sup> 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. *J Abnorm Child Psychology*. 2017;45(5):971-1000.

<sup>8</sup> 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. [PnbMec]

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 юноши<sup>9</sup>. На основании опроса около 4000 подростков 3 регионов России процент риска самоповреждающего поведения колебался от 12% до 25%, в зависимости от региона<sup>10</sup>.

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 самоубийства<sup>10</sup>.

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. Самый большой риск повторной попытки приходится на первые 3-6 месяцев<sup>12</sup>. 20% пытавшихся покончить жизнь самоубийством могут предпринять суицидальную попытку в течение первого года, а 5% совершают самоубийство в течение 9 лет<sup>13</sup>.

- **Акты самоповреждения у скрываемые, постоянные.** Самоповреждения

<sup>9</sup> - 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.

<sup>10</sup> \* Owens D., Liorocks J., House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. Br J Psychiatry, 2002; 181: 193-9.

могут стать предшественниками «истинного» самоубийства<sup>34</sup>.

- **Психические нарушения.** Наличие диагноза психического расстройства связано с увеличением риска самоубийства<sup>35</sup>. Риск самоубийства для несовершеннолетних с психическими расстройствами в 5-15 раз выше, чем без психических расстройств<sup>11</sup>. 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%)<sup>12</sup>. Тревожные расстройства также в значительной степени способствуют риску самоубийства, особенно на пике выраженного, беспричинного страха<sup>13</sup>. 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 личности<sup>14</sup>. Расстройство пищевого поведения связано с повышенным риском тяжелых попыток самоубийств<sup>15</sup>.

У подростков моложе 12 лет совершивших самоубийство только в 25% выявлялись психические расстройства, а в 30% перед совершением самоубийства наблюдались лишь отдельные депрессивные симптомы<sup>16</sup>.

- **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 поведения<sup>17</sup>;

в) низкий социально-экономический статус и образовательный уровень, наличие неструдоустойчивых членов семьи и, как следствие, недостаточная интеграция ребенка 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

<sup>34</sup> 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; 100:101-12. doi:10.1093/bmb/ktf042

<sup>12</sup> Varnik P. Suicide in the world, 1m. Environ Res Public Health. 2012;9(3):760-771. doi: 10.3390/ijerphy030760

<sup>13</sup> Yaseen ZS, Chartrand II, Mojtabai 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

<sup>14</sup> Pompili M, Mancinelli L, Girardi P, et al. Suicide in anorexia nervosa: a meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2004; 36(1): 99-103.

<sup>2:1</sup> Borowsky I.W., Ireland M., Resnick M.D. Adolescent suicide attempts: Risks and protectors. *Pediatrics*. 2001; 107: 485—193.

Freuehen A., Kjelsberg, F. Lundervold, A. J., 8c 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

<sup>2-</sup> Goschin S., Briggs, J., Bkmco-Lutzen, S., Cohen, L. J., & Galynker, I. (2013). Parental affection less 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 насилию<sup>18</sup>.

### 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 способ<sup>19</sup>.

- **Сексуальное, физическое и эмоциональное насилие.** Сексуальное и эмоциональное насилие вносят большой вклад в развитие суицидального поведения по сравнению с физическим насилием или пренебрежением в семье<sup>20</sup>. Жестокое обращение с детьми влияет на мальчиков и девочек по-разному, и различия наиболее выражены в отношении сексуального насилия<sup>21</sup>. Мальчики, подвергшиеся физическому насилию, имеют более высокий риск попыток самоубийства по сравнению с девочками, подвергшимися физическому насилию<sup>22</sup>.

- **Крушение романтических отношений, разлука или ссора с друзьями.**

Недавнее романтическое расставание в течение последних трех месяцев, одно из наиболее критических событий, приводящее к самоубийству<sup>23</sup>. Более половины событий связанных с конфликтом отношений происходят за последние 24 часа до самоубийства<sup>24</sup>.

- **Запугивание, издевательство (буллинг) со стороны сверстников.**

Взаимосвязь между запугиванием, унижением и риском самоубийства зависит от пола и по-разному влияет на жертв и преступников<sup>25</sup>. Буллинг редко является единственным фактором, способствующим суицидальному поведению.

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

<sup>18</sup> Maas AP, Eliason M, Mays VM et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality*. 2010;58(1): 10-51. [IPMCTceartidel](#)

<sup>20</sup> Soole, R., Givens, & De Leu, D. (2014). Factors related to childhood suicides: Analysis of the Queensland Child Death Register, *Craig; The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 55(5), 292-300. [h Ups: n.ore/10.1027/0227-5010/a000267](#)

<sup>21</sup> Miller, A. B., Hsposito-Smylbcvs, C. Weismoore, 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

<sup>22</sup> Bagley, C., Bohltho, 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.

<sup>23</sup> Rosenberg, I. J., Jankowski, M. K., Sengtipa, A., Wolfe, R. S., Wolford, C. 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.

<sup>24</sup> Heikkinen, M., Arc, H., Lonnqvist, J. (1992). The partners' views on precipitant stressors in suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(5), 380-384. doi: 10.1111/j.1600447.1992.

<sup>25</sup> Martunen, 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

<sup>30</sup> 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 риск<sup>31</sup>.

- **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 диагноза<sup>32</sup>. 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.

<sup>31</sup> 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; (6(6), 628.

<sup>32</sup> Randall JR. Uoku D. Wilson ML, Pelizer 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 последствия<sup>26</sup>.

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

<sup>26</sup> Preventing global suicide: a global imperative [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014. Available from: <http://www.who.int/mentalhealth/suicide-prevention/world-report-2014/en/>

работы по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних с разяснением факторов риска, поведенческих проявлений, алгоритма собственных действий. В рамках долгосрочного 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 планов<sup>34</sup>. Необходимо подключение подростков к разработке профилактических программ<sup>33</sup>.

### ***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 вмешательства<sup>36</sup>, особой ролью психолога в реализации программ профилактики суицидального поведения подростков<sup>37</sup>. Существуют многочисленные данные об эффективности школьных программ в

<sup>34</sup> Wasserman D, Iloven CW, Washerman C. et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*. 2015; 385(9977): 3 536-44.

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

<sup>36</sup> Вурмистрова В.В. Психологическая помощь в кризисных ситуациях {предупреждение кризисных ситуации в образовательной среде}: Методические рекомендации для специалистов системы образования. - М.: МГППУ. 2006. - 96 с. <sup>37</sup> Eckert T. L., Miller. D. N., DuPaul, G. J., & Riley-TiHman, T. C. Adolescent Suicide Prevention: School Psychologists' Acceptability of School-Based Programs *U School Psychology Review*. 2003. 32(1), pp. 57-76.

Liebling B. D. E., & Jennings I. R. The Current Status of Graduate Training in Suicide Risk Assessment *U Psychology in the Schools*. 2013.50(1). pp. 72-86.

профилактики суицидального поведения<sup>27</sup>. Отмечается необходимость предоставления дополнительной информации и обучение в области кризисного консультирования<sup>28</sup>. 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 обучающегося<sup>29</sup>.

### ***Первичная профилактика; работа с родителями***

Три главные мысли, которые нужно донести до родителей:

- S** То, что взрослому кажется пустяком, для ребёнка может быть поводом для очень серьёзных душевных переживаний (примеры).
- S** У подростков ещё недостаточно жизненного опыта для конструктивного решения проблем, им может показаться, что уход из жизни - лучший выход из кризисной ситуации.
- S** 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 намерений<sup>41</sup>. через поддержку и поощрение приверженности к лечению. Психотерапия сосредоточена на выявлении триггеров развития суицидального поведения для планирования эффективного совладения 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.

Stone D. M. & Crosbv. J. E. Suicide Prevention / American journal of lifestyle medicine. 2014. 8(6), pp. 404-420. doi:10.1016/j.aml.2014.05.011

Suldo S., Loker. T., Friedrich, A., Sundman, A., Cunningham, J., Saari. B., & Sc hat/.berg, T. Improving School Psychologists' Knowledge and Confidence Pertinent to Suicide Prevention through Professional Development *if Journal of Applied School Psychology*. 2010. 20(3). pp. 177-107.

^ Nickerson. A. B., & Zhe, H. J. Crisis Prevention and Intervention: A Survey of School Psychologists, *li Psychology in the Schools*.

2004. 41(7), pp. 777-788. <http://dx.doi.org/10.1002/pts.20017> Esposito-Smythers C, Goldston D. Challenges and opportunities in the treatment of adolescents with substance use disorders and suicidal behavior. *Substance Use*. 2008;2(2):5-17. [PMCFreearicle](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18484441/)



*Рис. 1 Объект и задачи при разных типах профилактики*

2.2 *Объект:* обучающиеся с мыслями о суициде, суицидальными попытками  
*Задача:* помощь в преодолении кризисной ситуации  
*Тип профилактики:* вторичная, специфическая

2.1. *Объект:* «группа риска»  
*Задача:* помощь в преодолении кризисной ситуации  
*Тип профилактики:* вторичная, неспецифическая

1,

К,

1. *Объект:* Общая популяция

*Задача:* Поддержка внутренних ресурсов, улучшение внешних условий  
*Тип профилактики:* первичная неспецифическая

Уранне М., Накален J., Rautava M. Can suicide be prevented? The Hiicide 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)<sup>42</sup>. 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 суицидов<sup>43</sup>. В дополнение к снижению суицидального риска, телефонное консультирование улучшает общее психическое состояние суицидентов<sup>44</sup>. Суицидальные мысли подростков с семейными проблемами ~ на пятом месте по частоте среди 11 категорий телефонного консультирования в Японии<sup>45</sup>. 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.

C., Rasmussen S., ПанЮп К. Adolescent self-harm: A school-based study in Northern Ireland // Journal of Affective Disorders. 2014. Vol. 150. P. 46-52.