



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 работают 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 напичия 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. Подожкин.

Все виды консультативно-диагностической и лечебной помощи осуществляются на бесплатной основе и не требуют каких-либо врачебных назначений. Запись на консультативно-диагностический прием осуществляется по телефону (495) 963-71-25 (кроме субботы и воскресенья) (понеделник-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, оккупированное отделение. Особым направлением в работе НПС 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 «НМНЦ ПН им. В.П. Сербаского» 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@setsky.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 «Тети Онтань»** (бесплатно, с 09-00 до 18-00 по рабочим дням) 8-800-250-00-15.
Консультирование взрослых по вопросам: как оказать детям от негативного контента, предоставления шанса, домашнего воспитания 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 междугородная 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 ППШ ДОМ).**
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 уровня профилактики суицидального поведения обучающихся.

• **Центр экстренной психологической помощи ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет».**
г. Москва, Шестипишневская 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).

Центр помощи социальной защите населения города Москвы

• ГБУ «Московская служба психологической помощи населению» Департамента социальной защиты города Москвы (ГБУ МСППН).
г. Москва, 2-ой Сраповский проезд, д. 8, корп. 2.
тел.: 8 (499) 173-09-09 и факсы 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, внутрисемейными 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

Единственный 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 трудовых мероприятий, в том числе при проведении процедуры опознания. На ежегодный день сотрудника организации проводятся более 350 спецпакетов, которые работают в Центре и его филиалах в Хабаровске, Красноярске, Екатеринбург, Нижнем Новгороде, Ростове-на-Дону, Петербурге, Севастополе, Санкт-Петербурге.

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

Горячая линия +7 (495) 989-50-50.

Интернет ресурсы

• Сайт при детском телефоне доверия МПШУ, где размещены информационные ресурсы и есть возможность получить дистанционную консультацию <http://childhelpline.ru>

• Всероссийская организация здравоохранения (ВОЗ)

https://www.who.int/ru/features/ga_24_ru

• wikinow.ru «Как предотвратить самоубийство»

<https://ru.wikinow.com/%D0%BE%D1%80%D0%AV%D0%V4%D0%BE%D1%8>

<https://ru.wikinow.com/%D0%BE%D1%80%D0%AV%D0%V4%D0%BE%D1%8>

<https://ru.wikinow.com/%D0%BE%D1%80%D0%AV%D0%V4%D0%BE%D1%8>

<https://ru.wikinow.com/%D0%BE%D1%80%D0%AV%D0%V4%D0%BE%D1%8>



**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 необходимо 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, обратиться с мыслями и предумать 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 – шансажными, 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 уделять внимание только физическим последствиям попытки суицида: ран, травмы и т.д., то психологические причины так и останутся без

внимания. Возможно, кризис не разрешится, 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 алкоголем/наркотиками и/или психотропными веществами в том числе под воздействием психиатра;
- ✓ 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 привести к максимальному 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.

- ✓ Всегда сводили 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 налажится» 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.

✓ Позвоните от отвлекающих факторов (выключите телевизор и компьютер), чтобы вас ничто не отвлекло от беседы. Но держите под рукой телефон на случай, если придется вызывать 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 повествовании проследживается нарастающая замкнутость, желание уединиться, отстраниться от Вашего присутствия, куда-либо уехать, уйти.
- ✓ Если Ваш ребенок, говорящий ранее о своих страданиях, путешавший 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,

спросите 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»

Минздрав России

Научно-практический центр профилактики суицидов и опасного
поведения несовершеннолетних

г. Москва, ул. Дотехная, 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 сугипнологии и консультативно-диагностического отделения клиникой Московского НИИ психиатрии – филиала Центра им. В.П. Сербского, оказывается консультативно-диагностическая, медико-психологическая и психотерапевтическая помощь детям и подросткам с проявленными суицидальными поведением. В стационарном блоке на базе легко-подросткового отделения клиникой Московского НИИ психиатрии оказывается стационарная (кризисная, реабилитационная) сугипнологическая помощь детям и подросткам, госпитализированным вследствие совершенных суицидальных попыток, а также наличия у них других проявлений суицидального (мысли, замысла, намерения, предвзятые 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 сугипнологии.

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 врачевных 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 детско-и подростковом возрасте 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 быстрее развитие многих психических расстройств (например, депрессии, тревоги), которые способствуют повышению 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 Institute Prevention Progress, exemplars and indicators, WHO, 2018
² Rodham C, et al. Suicide in children and young people in England: a comparative case series. Lancet Psychiatry, 2016. № 3. P. 791-799
³ Published Online May 25, 2016. doi:10.1016/S2215-0266(16)00024-2
⁴ Adolescent mental health: reasons to be cheerful. The Lancet Psychiatry, 2017. Vol. 4. P. 507-508
⁵ Griffin E, et al. Increasing rates of self-harm among children, adolescents and young adults: a 10-year national registry study. J Child Psychol Psychiatr, 2018. Vol. 59. P. 665-671
⁶ Bolen AM, Fergusson DM, Horwood LJ. Anxiety disorders and suicidal behaviors in adolescents and young adults: Findings from a longitudinal study. Psychological Medicine, 2007. Vol. 37. P. 431-440
⁷ Nock MK, 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. P. 300-310
⁸ Glenn CR, Lewinsohn EC, Rohlfing EC, et al. Examining the course of suicidal and homicidal self-harm among adolescents and young adults: findings from the National Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. JAMA Psychiatry, 2016. Vol. 13. P. 1487-1493
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):611-616 [PubMed]

являются акты самоповреждения. Считается, что средний показатель самоповреждающего поведения составляет 10%-13%. Причем среди европейских подростков девятки в среднем в три раза чаще говорят о случаях самоповреждения, чем юноши¹⁶. На основании опроса около 4000 подростков 3 регионов России процент риска самоповреждающего поведения колеблется от 12% до 25%, в зависимости от региона¹⁶.

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 завершённых суицидов среди детей 10-14 лет составил 1,6 на 100 000 лиц этого возраста (в 2 раза больше среднегомирового показателя), а среди подростков 15-19 лет - 8,4 на 100 000 ровесников (на 12,5% 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, неспособностью справиться со стрессовыми сложными ситуациями приводит к социальной и психологической дезадаптации несовершеннолетних, а в значительной части случаев - к развитию психопатологическим состояний. Все это в совокупности может способствовать аутоагрессивному поведению несовершеннолетних и в конце концов, совершенно самоубийству¹⁷.

Условно можно выделить три группы взаимосвязанных факторов, участвующих в процессе развития суицидального поведения: *полиморфные (создающие почву), триггерные (спусковые события) и психосоциальные (актуальные) (связанные с ситуационными кризисными состояниями).*

Потенциальные факторы суицидального поведения

- *Синдикативные подлиники в истории жизни* один из основных факторов прогнозирования возможных повторных суицидальных попыток. Наибольший риск повторной попытки приходится на первые 3-6 месяцев¹⁸. 20% пытавшихся покончить жизнь самоубийством могут предпринять суицидальную попытку в течение первого года, а 5% совершают самоубийство в течение 9 лет¹⁸.

- *Акти самоповреждения, скрываемые, неосознанные.* Самоповреждения

могут стать предвестниками «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 расстройств¹⁵. Наиболее распространёнными 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 в значительной степени способствуют риску самоубийства, особенно на пике выраженного, беспричинного страха¹⁵. Частота самоубийств подростков 14-25 лет, страдающих нервной анорексией, в 8 раз превышает таковую в общем населении. Особо при сочетании с психосоциальными проблемами, истерическим и нарциссическим расстройствами личности¹⁹. Расстройство пищевого поведения связано с повышенным риском тяжелых попыток самоубийств²⁰.

У подростков также 12 лет совершивших самоубийство только в 25% выявлены 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 неуверенно-соединённых членов семьи и, как следствие, недостаточная интеграция ребёнка в социум;

г) хронические конфликты в семье, частые ссоры между родственниками (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 Rando JD, Franklin JC, Fox KA, et al. Self-harmers, suicidalists and behavior as risk factors for future suicide ideation, attempt, and death: A meta-analysis of longitudinal studies. *PLoS Med*. 2016;16:e225-36. PMID:26811551

¹⁵ Nock MH, Lewinsohn PM, Seeley JR, Rohlfing DL, Reinke JJ, Cingula T. Lifetime prevalence, risk factors, and predictors of suicidal ideation and behavior. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68:101-108. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.113

¹⁶ Windfield K, Kersh N. Suicide and mental illness: a clinical review of 15 years findings from the UK National Confidential Inquiry into Suicide. *Br Med J*. 2011;160:121-123. doi:10.1136/bmj.b2007

¹⁷ Uher R, McGuffin P. The role of genetic variation in the etiology of suicidal ideation and behavior. *PLoS Med*. 2008;5:e163-171. doi:10.1371/journal.pmed.0050163

¹⁸ Lewinsohn PM, Rohlfing DL, Seeley JR, Rohlfing DL, Reinke JJ, Cingula T. Lifetime prevalence, risk factors, and predictors of suicidal ideation and behavior. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68:101-108. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.113

¹⁹ Lewinsohn PM, Rohlfing DL, Seeley JR, Rohlfing DL, Reinke JJ, Cingula T. Lifetime prevalence, risk factors, and predictors of suicidal ideation and behavior. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68:101-108. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.113

²⁰ Lewinsohn PM, Rohlfing DL, Seeley JR, Rohlfing DL, Reinke JJ, Cingula T. Lifetime prevalence, risk factors, and predictors of suicidal ideation and behavior. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68:101-108. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.113

²¹ Lewinsohn PM, Rohlfing DL, Seeley JR, Rohlfing DL, Reinke JJ, Cingula T. Lifetime prevalence, risk factors, and predictors of suicidal ideation and behavior. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68:101-108. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.113

²² Lewinsohn PM, Rohlfing DL, Seeley JR, Rohlfing DL, Reinke JJ, Cingula T. Lifetime prevalence, risk factors, and predictors of suicidal ideation and behavior. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68:101-108. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.113

неправильной ориентации, подвержены большому риску самоубийства. Чем их сверстники за счет депрессивных состояний, переживаний безнадёжности, злоупотребления алкоголем и другими психокративными веществами, а также частой подверженности сексуальному насилию.²⁴

Стрессовые события (триггеры) и ситуативное поведение

Более поздними опрощенными родителями, у которых ребёнок покончил с собой сообщают, 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.²⁵

- *Сексуальное, физическое и эмоциональное насилие*. Сексуальное и эмоциональное насилие вносит большой вклад в развитие ситуативного поведения по сравнению с физическим насилием или пренебрежением в семье.²⁵. Жестокое обращение с детьми влияет на мальчиков и девочек по-разному, и различия наиболее выражены в отношении сексуального насилия.²⁶. Мальчики, подвергшиеся физическому насилию, имеют более высокий риск попыток самоубийства по сравнению с девочками, подвергшимся физическому насилию.²⁷

- *Крушение романтических отношений, разлука или ссора с друзьями*. Наиболее романтическое расставание в течение последних трех месяцев, одно из наиболее критических событий, приводящее к самоубийству.²⁸. Более поздними событиями связанными с конфликтом отношения прощаются за последние 24 часа до самоубийства.²⁹.

- *Задумываясь, издавательства (буллинг) со стороны сверстников*. Взаимодействие между задумываясь, унижением и риском самоубийства зависит от пола и по-разному влияет на жертв и преступников.³⁰. Буллинг редко является единственными фактором, способствующим суицидальному поведению.

- *Нежелательная беременность, аборт, заражение*. Более поздними, передающейся половым путем зачастую являются пусковыми механизмом к

²⁴ Hans AB, Elsson M, Malm U et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *J Homosexuality*. 2010;57(1):10-51. [PMCID: PMC2844333]

²⁵ Saxe R, Killion K, & De Leo D. (2014). Family related to children suicide: Analysis of the Queensland Child Death Register. *Child: The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 55(3), 292-300. doi:10.1111/cps.12100

²⁶ Miller A, B. Eronico-Sanchez, C., Westmore J, T., & Kemler, K. D. (2015). The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: A systematic review and critical examination of the literature. *Suicidal Child and Family Psychology*. 16(2), 146-172. doi: 10.1007/s00567-013-0131-5

²⁷ Bagley, C., Volinn, E. & Vitarino, L. (1995). Mental health profile, suicidal behavior, and community sexual assault in 2112 Canadian adolescents. *Can J Psychiatry*. 40(11), 1305-1310.

²⁸ Rosenblatt, N. I., Jankovic, M. K., Sengra, A., Wolfe, R. S., Wolford, G. L., & Rosenburg, S. D. (2005). Single and multiple suicide attempts and associated mental risk factors in New Hampshire adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 35(5), 547-557.

²⁹ Henkin, M., Aho, H., Lonnqvist, J. (1992). The rapist's "view" on psychiatric inpatient in suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 84(5), 330-334. doi:10.1111/j.1600-0447.1992.tb01311.x

³⁰ Maltzman, M. I., Aho, H. M., & Lonnqvist, J. K. (1993). Adolescence and suicide: A review of psychological autopsy studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2(1), 19-31. doi:10.1007/BF02098524

³¹ Cook, C., Wilkins, K. R., O'Neil, 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:

- *Численность переживаний* в раннем детстве в возрасте 11-17 лет, независимо от наличия родительского конфликта, также могут усугублять суицидальный риск.³¹.
- *Недавно выявленное психическое расстройство*. Риск самоубийства в течение 3 месяцев после постановки диагноза в 10 раз выше при депрессии и расстройстве, вызванных употреблением психокративных веществ. Таким образом, врачи должны знать о повышенном риске суицида и ситуативного поведения в течение первых 3 месяцев после первоначального диагноза.³². 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 родителей.
- *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 ситуативного состояния

Переживания на которые необходимо обратить внимание:

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

- *переживание себя как бременя для других*, первую очередь для родителей. Наиболее часто встречающиеся и мучительные переживания. Является независимым триггером суицидальных мыслей в различных вариантах, вне зависимости есть ли забота или нет;

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

³¹ Qian, R., Maltzman, P. V., Pedersen, C. В. Freedom, stigma of residence and risk of attempted and completed suicide among children and adolescents. *Acta Paediatrica*. 2009. 98(6), 828.

³² Randall, R., Dohm, D., Wilson, M.L., Pelzer, K. Suicidal behavior and related risk factors among school-aged youth in the republic of Benin. *PLoS One*. 2014;9(2): e85233.

Курсово окончателъности попаданиа в невыносимые страдания приплотит к возникновению *синдрома индивидуального кризиса*, проявляющегося в следуюших симптомах:

- *эмоциональной сфере*: эмоциональное страдание, "душевная боль", тотальная безрадостность (острая ангедония), интенсивный беспричинный страх;

- *в когнитивной сфере*: фиксация на переживаемых событиях привелших к кризисному состоянию, невозможность переклоницца на позитивные события;

- *в поведенческой сфере*: значительное снижение социальной активности, избегание связей с ближними;

- *в соматической сфере*: хронические болезненные ощущения в теле, нарушенная всек фаз сна;

- *психосоматические 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 приоритетными направлениями деятельности в области здравоохранения и государственной политики, а осведомленность о самоубийствах как о проблеме общественной здравоохранения должна повышаться с использованием многомерного подхода. Успешнее всего социальное, психологическое и культурные вмешательства²⁵.

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 попадают 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 разявленным факторов риска, поведенческих проявлений, алгоритма соответственных действий. В рамках долгосрочного сотрудничества Научно-практического центра профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних НИИПД психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского и Центра экстренной психологической помощи МЧС РФ разработана технология выявления и сопровождения несовершеннолетних с суицидальными тенденциями объединяющая первичную, вторичную и третичную профилактику. На уровне первичной профилактики проводится повышение компетентности педагогических работников (качественных 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 планов²⁶. Необходимо включение подростков к разработке профилактических программ²⁵.

Обучение стигматичное образовательных учреждений.

Важным этапом первичной профилактики является обучение 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 вмешательства²⁶, особой ролью психолога в реализации программ профилактики суицидального поведения подростков²⁵. Существуют многочисленные данные об эффективности школьных программ в

²⁵ Preventing global suicide: a global imperative [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014. Available from: http://www.who.int/mediac/health/infocus/prevention/world_report_2014/en

²⁶ Wassenaar D, Novan CW, Wassenaar C, et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE effectiveness research extended final Report. 2015. 388:99–173. 1556–44.

²⁷ National suicide prevention strategies: examples and indicators. World Health Organization; 2013.

²⁸ Фридрихов Е.В. Психологическая помощь в кризисных ситуациях (предупреждение кризисных ситуаций в образовательной среде). Авторские рекомендации для специалистов образовательных организаций. – М.: НИИПД, 2006. – 96 с.

²⁹ Eckert T. L., Miller, D. X., Derogatis, G. J., & Viller, T. J. Adolescent Suicide Prevention: School Psychology's Accredibility of School-Based Programs. School Psychology Review. 2003. 32(1), pp. 5–16.

Liebing B. D. E., & Leminger, N. R. The System Status of Graduate Training in Suicide Risk Assessment. Psychology in the Schools. 2013. 40(1), pp. 72–86.

профилактики суицидального поведения³⁸. Отмечается необходимость предоставления дополнительной информации и обучение в области кризисного консультирования³⁹. Наиболее актуальными вопросы связаны с применением стандартизированных методов направленных на выявление суицидального поведения, оказание кризисной психологической помощи, организации медико-психологических мероприятий в образовательной организации после суицида обучающихся⁴⁰.

Первичная профилактика: работа с родителями

- ✓ Три главные места, которые нужно посетить до родителей:
- ✓ То, что взрослому кажется пустяком, для ребёнка может быть поводом для очень серьёзных душевных переживаний (примечер).
- ✓ 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 проявите искреннюю активную заинтересованность в его жизни.

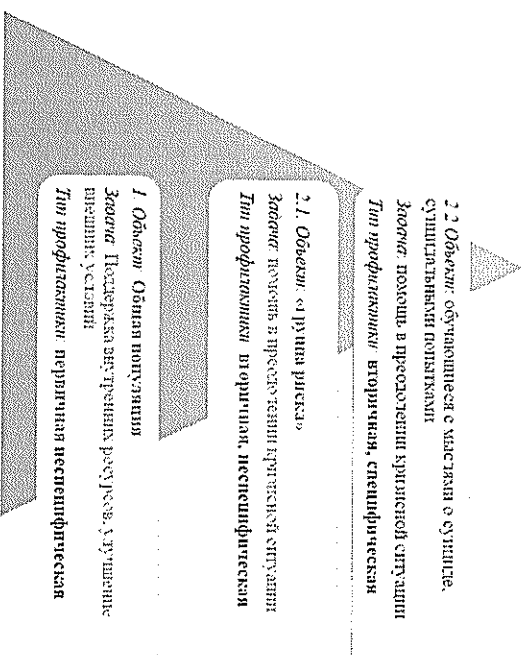
Вторичная профилактика или интервенция

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 расширение приверженности к лечению. Психотерапия сосредоточена на выявлении триггеров развития суицидального поведения для планирования эффективного взаимодействия с такими ситуациями в будущем.

Третичная профилактика или поственция

Помощь, которая оказывается людям, учащимся 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



Ураше М. Накава Т. Ракита М. Can suicide be prevented? The suicide project in Fukuoka 1992-1996. Goals, Implementation and Evaluation. 1999.

³⁸ Stone D. M., & Crohn, A. E. Suicide Prevention. American Journal of Hospice medicine. 2014. 5(6). pp. 402-410. doi:10.1177/1558877614551130

³⁹ Sudo S., Ito T., Friedrich A., Shimada M., Sato, V., & Schatzberg, T. Improving School Psychologists' Knowledge and Confidence Regarding Suicide Prevention through Professional Development. Journal of Applied School Psychology. 2010. 8(3), pp. 177-197.

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

⁴¹ Esposto-Schuyfers C., Goldstein D. Challenges and opportunities in the treatment of adolescents with suicidal and suicidal behavior. Schizophrenia. 2008. 29(2):5-17. [PUBMED] [CrossRef]