



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

¹¹ Макушкин Е.В., Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г., Сыроквапина 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 нетрудоустроенных членов семьи и, как следствие, недостаточная интеграция ребёнка в социум;

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

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

е) проживание (по разным причинам) без родителей.

- **Сексуальная ориентация и гендерная идентичность.** Несовершеннолетние

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. [[PMCFreearticle](#)]

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 Värnik 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 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

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

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) методам работы с данными явлениями. Проводится психолого-педагогическая диагностика рисков суицидального поведения у обучающихся. Совместно с психологами-педагогами организаций, принявших участие в мониторинге, составляются планы реализации профилактических и психокоррекционных мероприятий по сопровождению подростков «группы риска» и профилактике суицидального поведения. За период с сентября 2015 г. по апрель 2018 г. в мониторинге всего приняли участие около 5000 обучающихся г. Москвы.

Школьные программы

Профилактические вмешательства, обращенные к учителям и школьному персоналу, профессионалам и ученикам позволяют на 50% сократить суицидальные попытки и частоту выраженных суицидальных мыслей и 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



Upanne 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. [[PMC free article](#)]

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](#)]