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[1]. Суицид – вторая по распространенности причина смерти в возрасте 15-29 лет[2]. По другим данным, самоубийство является третьей по значимости причиной смерти молодых людей в возрасте 10-19 лет во всем мире[3], 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 самоубийства[5]. 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[6]. 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[7]. Многие взрослые суициденты думали или пытались покончить с собой еще подростками[8], что подчеркивает важность ранней профилактики суицидального

---

[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]

поведения. Важной составляющей динамики развития суицидального поведения являются акты самоповреждения. Считается, что средний показатель самоповреждающего поведения составляет 10%-13%. Причем среди европейских подростков девушки в среднем в три раза чаще говорят о случаях самоповреждения, чем юноши[9]. На основании опроса около 4000 подростков 3 регионов России процент риска самоповреждающего поведения колебался от 12% до 25%, в зависимости от региона[10].

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[11].

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 прогнозировании возможных повторных суицидальных попыток. Наибольший риск повторной попытки приходится на первые 3-6 месяцев[12]. 20% пытавшихся покончить жизнь самоубийством могут предпринять суицидальную попытку в течение первого года, а 5% совершают самоубийство в течение 9 лет[13].

---

[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., Сыроквашина К.В., Ошевский Д.С., Чибисова И.А., Терехина С.А. Возрастные особенности психического развития и состояния несовершеннолетних, совершивших завершенные 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.

- ***Акты самоповреждения, скрываемые, постоянные.*** Самоповреждения могут стать предшественниками «истинного» самоубийства[14].

- ***Психические нарушения.*** Наличие диагноза психического расстройства связано с увеличением риска самоубийства [15]. Риск самоубийства для несовершеннолетних с психическими расстройствами в 5-15 раз выше, чем без психических расстройств[16]. 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 страха[18]. 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 [19]. Расстройство пищевого поведения связано с повышенным риском тяжелых попыток самоубийств[20].

У подростков моложе 12 лет совершивших самоубийство только в 25% выявлялись психические расстройства, а в 30% перед совершением самоубийства наблюдались лишь отдельные депрессивные симптомы[21].

- ***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[22];

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.

---

[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 I., 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., 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

[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.

- ***Сексуальная ориентация и гендерная идентичность.*** Несовершеннолетние нетрадиционной ориентации, подвержены большему риску самоубийства, чем их сверстники, за счет депрессивных состояний, переживаний безнадежности, злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами, а также частой подверженности сексуальному насилию[23].

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[24].

- ***Сексуальное, физическое и эмоциональное насилие.*** Сексуальное и эмоциональное насилие вносят больший вклад в развитие суицидального 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 риску попыток самоубийства по сравнению с девочками, подвергшимися физическому насилию[27].

- ***Крушение романтических отношений, разлука или ссора с друзьями***. Недавнее романтическое расставание в течение последних трех месяцев, одно из наиболее критических событий, приводящее к самоубийству[28]. Более половины событий связанных с конфликтом отношений происходят за последние 24 часа до самоубийства[29].

- ***Запугивание, издевательства (буллинг) со стороны сверстников.*** Взаимосвязь между запугиванием, унижением и риском самоубийства зависит от пола и по-разному влияет на жертв и преступников[30]. Буллинг редко является единственным фактором, способствующим суицидальному поведению.

- ***Нежелательная беременность, аборт,*** заражение болезнью,

---

[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., Kölves, 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., Weismoore, J. T., 8c 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/sl0567-013-0131-5

[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., & 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

[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.

передающейся половым путем зачастую являются пусковым механизмом к развитию кризисного состояния с суицидальными тенденциями;

- ***Частые переезды*** в раннем детстве в возрасте 11-17 лет, независимо от наличия родительского конфликта, также могут усиливать суицидальный риск[31].

- ***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[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 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 переключится на позитивные события;

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

-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[33].

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 планов [34]. Необходимо подключение подростков к разработке профилактических программ[35].

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[36], особой ролью психолога в реализации программ профилактики суицидального поведения подростков [37]. 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 поведении [38]. Отмечается необходимость предоставления дополнительной информации и обучение в области кризисного консультирования[39]. 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[40].

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 намерений [41]. 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 суицидов[43]. В дополнение к снижению суицидального риска, телефонное консультирование улучшает общее психическое состояние суицидентов[44]. Суицидальные мысли подростков с семейными проблемами – на пятом месте по частоте среди 11 категорий телефонного консультирования в Японии[45]. 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]