

**О мерах профилактики суицидов среди детей и подростков**

Каждый третий житель планеты Земля - ребенок (по конвенции ООН, лицо до 18 лет). Подростковый возраст - важнейший в развитии человека. Бурные стрессогенные биологические и психосоциальные изменения второго десятилетия отражаются на всех аспектах жизни подростков; уникальный период цикла развития важен для гармонизации душевного и физического благополучия в дальнейшем.

Суицидальное поведение (далее - СП) детей и подростков как неизменно актуальная проблема общественного здравоохранения вызывает особую озабоченность по ряду причин.

Треть из 800 000 гибнущих ежегодно от самоубийств в мире - молодые. Самоубийство - одна из ведущих причин смертности в мире во всех возрастах: 1,5% смертей в мире, или 18 место в ранжире причин смерти, но вторая по частоте причина смертей детей и подростков Европы и США вслед дорожно-транспортным несчастным случаям. На самоубийства приходятся 8,5% смертей подростков и молодых 15-29 лет; они же - основная причина их смертей в мире.

Распространённость, мотивация, особенности предсуицидального состояния отличаются в зависимости от возраста. В детском возрасте СП достаточно редко и, как правило, связано с тяжелыми психотравмирующими событиями. Основными проявлениями кризисного состояния являются повышенная утомляемость, соматическое недомогание, эмоциональная нестабильность, нарушение сна, аппетита, патологическое фантазирование на тему собственной смерти и похорон. Попытка самоубийства часто оказывается неожиданным событием для близких.

С 12-15 лет развитие СП проходит через стадии оформленного суицидального кризиса. Пик СП приходится на возрастную группу 16-19 лет и в большинстве своем связан с манифестацией психических нарушений, в первую очередь, расстройств аффективного спектра. В этой возрастной группе наблюдается максимальная выраженность актов самоповреждающего поведения в сочетании с девиантным поведением. По нашим данным, для девушек более характерны хронические депрессивные состояния, для молодых людей - острые стрессовые тревожно-дисфорические реакции.

СП подростков может быть связано с физическими и неврологическими последствиями различных заболеваний и инвалидностью, что влечет тяжелое социально-экономическое и психологическое бремя, поэтому у программ профилактики должен быть гуманный и ресурсосберегающий потенциал.

**Основными мишенями профилактики в работе с подростками с СП являются следующие**.

1. Обучение навыкам совладания со стрессом и расширение репертуара паттернов поведения в стрессовой ситуации.

2. Выявление и профилактика депрессивных состояний, которые часто маскируются под самоповреждающее поведение.

3. Обучение навыкам эмоциональной регуляции и дифференциации эмоционального состояния.

4. Устранение дисгармоничности в семейных отношениях.

Профилактические стратегии СП несовершеннолетних включают, как и в старшем возрасте, универсальные (всеобщие; первичная профилактика) программы, обращенные ко всем подросткам для информирования о риске и выявлении ранних признаков СП, ресурсах помощи; селективные (избирательные, вторичная профилактика) в выявленных группах риска; антикризисные в пресуицидальном и раннем постсуицидальном периодах; индикативные (указующие; третичная профилактика-поственция) в отдаленном постсуициде во избежание рецидива СП. К третичной профилактике относят мероприятия, связанные с реабилитацией лиц из окружения суицидента, хотя с учетом риска СП "выживших" (окружение жертвы суицида) относят к мишеням селективной профилактики.

Типовая программа профилактики СП включает ряд интегральных элементов с опорой на межведомственное взаимодействие: уточнение эпидемиологических характеристик суицидентов (в рамках единого суицидологического регистра) и бремени СП; регулярные скрининги для выявления групп риска; разработку и внедрение дифференцированных лечебно-профилактических мероприятий с доказанной эффективностью; налаживание работы с МВД и органами опеки; работа со СМИ, традиционными и электронными (разработку согласованных рекомендаций по профессиональному освещению СП и использование антисуицидального потенциала); целевое обучение кадров суицидологических, психиатрических и общемедицинских служб и "вахтеров" (немедиков).

Первичная профилактика (универсальная) направлена на укрепление психологического благополучия в целом. Объектом первичной профилактики являются люди без СП; её цель - минимизация риска СП психологически благополучных субъектов. Первичная профилактика СП несовершеннолетних должна стать приоритетным направлением здравоохранения и государственной политики, а осведомленность о СП как о проблеме общественного здравоохранения должна проводиться с использованием многомерного подхода, учитывающего социальные, психологические и культурные последствия. Национальная стратегия предотвращения самоубийств обеспечивает руководство ключевыми мероприятиями с учетом распространенности СП подростков и малой точности его прогноза.

В России подростки (несовершеннолетние) представляют возрастную группу до 18 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 профилактики суицидов несовершеннолетних, включающий разработку методических рекомендаций по профилактике СП, выявлению ранних суицидальных признаков несовершеннолетних; проведение семинаров, лекций для педагогов, школьных врачей и педагогов-психологов, сотрудников подразделений по делам несовершеннолетних, других специалистов, занятых работой с несовершеннолетними с участием психиатров.

Школьные программы. Если факторы риска СП универсальны, можно выявить школьников группы риска как мишени таких программ. Тесное сотрудничество с образовательным сектором необходимо для обучения эмоциональным и жизненным навыкам с учетом риска СП в возрастной группе, как и повышение осведомленности о СП учителей, родителей (опекунов); привлечение подростков и их близких к разработке профилактических программ.

**Предрасполагающие факторы риска СП следующие.**

1. Социально-демографические: низкий прожиточный уровень, социальная изоляция.

2. Биологические: серотонинергическая, норадренергическая, дофаминергическая дисфункция, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая гиперактивность.

3. Психологические: тенденции к агрессии, враждебности или импульсивности, безнадежность, переживание себя как бремени для семьи, низкая самооценка, перфекционизм, отсутствие религиозных или моральных ограничений против СП, размытость половой самоидентификации.

4. Клинические: депрессивные, тревожные симптомы, отсутствие психиатрической помощи в первые три месяца психического расстройства, формирующиеся расстройства личности, злоупотребление ПАВ (часто как средство самолечения), хронические соматические заболевания (особенно с ограничением повседневного функционирования и хроническим болевым синдромом), попытки самоубийства в последние полгода, семейная история самоубийств.

5. Стрессовые/триггерные: история физического или сексуального насилия в детстве, потеря (смерть, развод) родителей до 11 лет; недавняя утрата значимого близкого, скрываемый факт недавнего сексуального насилия, неразделенная любовь или расставание с любимым (любимой); неспособность справиться с трудностями учебной программы, несоответствие родительским ожиданиям; постоянные, эмоционально изматывающие конфликты в семье, со значимым окружением; трудная жизненная ситуация (приемные дети, дети из интернатов).

Дополнительным фактором риска СП становится самоубийство известных людей или лиц, которых подросток знал лично (самоубийства из подражания). Тиражируемые СМИ сообщения о СП могут привести к членовредительству в группе сверстников или схожей группе, которая, как зеркало, отражает стиль жизни или качества личности суицидента. СП провоцируют вовлечение в секты, просуицидные интернет-сообщества, пропагандирующие антивитальный настрой и размывающие ценностные ориентиры.

Затруднение доступа к средствам суицида. Случай-контроль исследования показали четкую и последовательную связь наличия огнестрельного оружия дома и самоубийств подростков, особо в США. Хранение оружия разряженным и запертым способствует снижению риска СП с его применением. Поперечные международные исследования указали влияние строгого исполнения законодательства о контроле над оружием на снижение СП подростков. Эффект ограничения доступа к огнестрельному оружию в США и Австралии частично нивелирован ростом самоповешений и отравлений автомобильным выхлопом. Намеренная передозировка даже обычных лекарств увеличивает риск самоубийств или, по крайней мере, смертельность попытки. Ограничение продажи лекарств на одну покупку привело к снижению смертности от передозировки во Франции вчетверо по сравнению с Англией. Введение блистерной упаковки парацетамола в Великобритании связано с сокращением передозировок на 21%, серьезных - на 64%. Действенна установка барьеров и телефонов доверия на мостах и платформах метро.

Работа со СМИ. Рекомендовано активно контролировать сообщения СМИ, чтобы оперативно противодействовать "сенсационным" статьям; проводить постоянные тренинги и информационные сессии для работников СМИ; включать СМИ в позитивную отчетность, например, истории успеха или устойчивости и кампании по борьбе со стигматизацией и повышению осведомленности. Антисуицидальный потенциал Сети ("эффект Папагено") особо востребован в группе ее активных потребителей (подростками "цифрового поколения"), уклоняющихся от типовой помощи. Антисуицидальные сайты как действенная альтернатива просуицидным все более востребованы в целях вторичной и третичной профилактики. Так, Сеть для лечения психических расстройств (e-mental health) - перспективный подход преодоления географических и/или ситуационных барьеров профессиональной помощи, повышения самоуправления пациентов, причем часть подростков с НС и СП стихийно использует интернет для целей, связанных со здоровьем, порой с нежелательным эффектом (киберхондрия).

Вторичная (селективная) профилактика - поддержка переживающих кризис, ориентированная на решение актуальных проблем подростка с СП и стабилизация психического состояния.

Клиническая картина предсуицидального кризиса определена следующими симптомами: "эмоциональная боль", "крайняя степень беспокойства с диссоциативными или сенсорными нарушениями", "острой ангедонией", "тотальной инсомнией", "отчуждением или значительное снижение социальной активности", "избегание связей с близкими людьми". Особенно нужно обращать внимание на симптомы болезненной психической анестезии: "я не живу, а существую" и безысходности, неразрешимости проблем. По полуструктуированному интервью "суицидальный нарратив": "социальное поражение или личное унижение", "восприятие себя бременем для других", "безысходность". Выраженность суицидальных мыслей тесно связана с "эмоциональной болью", "избеганием связи с близкими".

Важно при общении с подростком в суицидальном кризисе следовать следующим рекомендациям.

1. Относиться к нему искренне серьезно и уважительно, вне зависимости от того, как ведет и что говорит подросток.

2. Верить, когда подростки говорят о самоубийстве, даже если это выражается в демонстративно-шантажном СП.

3. Позволять подростку выражать чувства (плач, гнев, отвращение).

4. Внимательно и постоянно отслеживать свои переживания (страх, растерянность, раздражительность). Не давать волю своим чувствам, быть естественным. Не заниматься морализаторством.

5. Не откладывать вопросы, связанные с прояснениями мыслей о самоубийстве, на конец беседы, но не задавать до установления доверительных отношений.

Выделение потенциальных и актуальных факторов риска позволяет определить очерёдность и приоритет медико-психологической помощи. В первую очередь требуют внимания специалистов (школьной психологической службы, медработников) обучающиеся с риском самоповреждающего поведения и признаками кризисного состояния (безнадежность, одиночество, депрессия, агрессивность). Разработан алгоритм стратегии сопровождения обучающегося в зависимости от соотнесения с определенной группой риска.

Для снижения риска СП полезны вмешательства, направленные на преодоление трудностей и/или направленные на снижение вероятности неудач.

### Суицидологические службы

Набор суицидологических служб для подростков, основанных на принципах междисциплинарного (бригадного) и межведомственного взаимодействия, формально соответствует континууму звеньев службы для взрослых ("телефоны доверия" (ТД), кабинеты социально-психологической поддержки, или КСПП; кризисные стационары (отделения) при многопрофильных больницах, психиатрические отделения), согласно Приказу Минздрава РФ от 06.05.1998 N 148 "О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением".