

# 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]](#footnote-1) . Суицид – вторая по распространенности причина смерти в возрасте 15-29 лет[[2]](#footnote-2)[[3]](#footnote-3). По другим данным, самоубийство является третьей по значимости причиной смерти молодых людей в возрасте 10-19 лет во всем мире [[4]](#footnote-4) , и уровень самоубийств среди молодежи (15-19 лет) растет быстрее, чем среди населения в целом (45% против 26%)[[5]](#footnote-5). Подростковый возраст знаменует собой начало и быстрое развитие многих психических расстройств (например, депрессии, тревоги), которые способствуют повышенному риску самоубийства [[6]](#footnote-6) . 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[[7]](#footnote-7). 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[[8]](#footnote-8). Многие взрослые суициденты думали или пытались покончить с собой еще подростками[[9]](#footnote-9), что подчеркивает важность ранней профилактики суицидального 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[[10]](#footnote-10). На основании опроса около 4000 подростков 3 регионов России процент риска самоповреждающего поведения колебался от 12% до 25%, в зависимости от региона[[11]](#footnote-11).

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[[12]](#footnote-12).

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[[13]](#footnote-13). 20% пытавшихся покончить жизнь самоубийством могут предпринять суицидальную попытку в течение первого года, а 5% совершают самоубийство в течение 9 лет[[14]](#footnote-14).
* ***Акты самоповреждения, скрываемые, постоянные****.*Самоповреждения могут стать предшественниками «истинного» самоубийства[[15]](#footnote-15).
* ***Психические нарушения.*** Наличие диагноза психического расстройства связано с увеличением риска самоубийства [[16]](#footnote-16) . Риск самоубийства для несовершеннолетних с психическими расстройствами в 5-15 раз выше, чем без психических расстройств[[17]](#footnote-17). 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%) [[18]](#footnote-18) . Тревожные расстройства также в значительной степени способствуют риску самоубийства, особенно на пике выраженного, беспричинного страха[[19]](#footnote-19). 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 [[20]](#footnote-20) . 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 поведения[[21]](#footnote-21);

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 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[[22]](#footnote-22).

# 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[[23]](#footnote-23).
* ***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[[24]](#footnote-24). Жестокое обращение с детьми влияет на мальчиков и девочек по-разному, и различия наиболее выражены в отношении сексуального насилия[[25]](#footnote-25). Мальчики, подвергшиеся физическому насилию, имеют более высокий риску попыток самоубийства по сравнению с девочками, подвергшимися физическому насилию[[26]](#footnote-26). ***- Крушение романтических отношений, разлука или ссора с друзьями****.* Недавнее романтическое расставание в течение последних трех месяцев, одно из наиболее критических событий, приводящее к самоубийству[[27]](#footnote-27). Более половины событий связанных с конфликтом отношений происходят за последние 24 часа до самоубийства[[28]](#footnote-28). - ***Запугивание, издевательства (буллинг) со стороны сверстников.*** Взаимосвязь между запугиванием, унижением и риском самоубийства зависит от пола и по-разному влияет на жертв и преступников[[29]](#footnote-29). Буллинг редко является единственным фактором, способствующим суицидальному поведению.
* ***Нежелательная беременность, аборт****,* заражение болезнью, 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[[30]](#footnote-30).
* ***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 [[31]](#footnote-31) . 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, чточувствуют «себя в ловушке своих несчастий», «с закрытой дверью», «страдание без возможности побега», которое создает муку, которая вызывает самоубийство.

**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[[32]](#footnote-32).

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 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 [[33]](#footnote-33) . Необходимо подключение подростков к разработке профилактических программ[[34]](#footnote-34).

***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[[35]](#footnote-35), особой ролью психолога в реализации программ профилактики суицидального поведения подростков 37 . Существуют многочисленные данные об эффективности школьных программ в профилактики суицидального поведении [[36]](#footnote-36) . Отмечается необходимость предоставления дополнительной информации и обучение в области кризисного консультирования [[37]](#footnote-37) . 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[[38]](#footnote-38)[[39]](#footnote-39).

***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 [[40]](#footnote-40) . через поддержку и поощрение приверженности к лечению. Психотерапия сосредоточена на выявлении триггеров развития суицидального поведения для планирования эффективного совладания с такими ситуациями в будущем.

# Третичная профилактика или поственция

Помощь, которая оказывается людям, уцелевшим после попытки самоубийства и их окружению, а также направлена на социально-психологическое сопровождение окружения близких погибшего от суицида и предотвращение волны подражательных суицидов. Цели и этапы оказания кризисной психологической помощи после совершенного в образовательной организации суицида: снижение интенсивности острых стрессовых реакций у пострадавших (учащиеся и их родители, педагоги, администрация образовательного учреждения), оптимизация их актуального психического состояния, профилактика возникновения негативных эмоциональных реакций и повторных суицидов.

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



**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) [[41]](#footnote-41) . 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 [[42]](#footnote-42) . В дополнение к снижению суицидального риска, телефонное консультирование улучшает общее психическое состояние суицидентов [[43]](#footnote-43) . Суицидальные мысли подростков с семейными проблемами – на пятом месте по частоте среди 11 категорий телефонного консультирования в Японии[[44]](#footnote-44). 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.

1. National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. WHO, 2018. [↑](#footnote-ref-1)
2. Rodway C., et al. Suicide in children and young people in England: a consecutive case series // Lancet Psychiatry. 2016. № 3. P. 751– [↑](#footnote-ref-2)
3. . Published Online May 25, 2016. doi: doi.org/10.1016/ S2215-0366(16)30094-3 [↑](#footnote-ref-3)
4. Adolescent mental health: reasons to be cheerful // The Lancet Psychiatry. 2017. Vol. 4(7). P. 507. [↑](#footnote-ref-4)
5. 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. [↑](#footnote-ref-5)
6. 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. [↑](#footnote-ref-6)
7. 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). [↑](#footnote-ref-7)
8. 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. [↑](#footnote-ref-8)
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): 617–26. [[PubMed]](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10401507) [↑](#footnote-ref-9)
10. 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. [↑](#footnote-ref-10)
11. 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. [↑](#footnote-ref-11)
12. 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. [↑](#footnote-ref-12)
13. 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. [↑](#footnote-ref-13)
14. Owens D., Horrocks J., House A. Fatal and non-fatal repetition of self- harm: Systematic review. Br J Psychiatry, 2002; 181:193-9. [↑](#footnote-ref-14)
15. 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]](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4774896/) [↑](#footnote-ref-15)
16. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. Arch Gen

Psychiatry. 2011;68(10):10581064. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.113 [↑](#footnote-ref-16)
17. 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 [↑](#footnote-ref-17)
18. Värnik P. Suicide in the world. Int J Environ Res Public Health. 2012;9(3):760-771. doi:10.3390/ijerph9030760 [↑](#footnote-ref-18)
19. 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 [↑](#footnote-ref-19)
20. [Pompili M.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Pompili%20M%5BAuthor%5D&amp;cauthor=true&amp;cauthor_uid=15185278)[, Mancinelli I.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Mancinelli%20I%5BAuthor%5D&amp;cauthor=true&amp;cauthor_uid=15185278)[, Girardi P.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Girardi%20P%5BAuthor%5D&amp;cauthor=true&amp;cauthor_uid=15185278), et al. Suicide in anorexia nervosa: a meta-analysis[. Int J Eat Disord. 2](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Pompili%2BM%2C%2B2004%2C%2Bsuicide%2C%2Banorexia%2Bnervosa)004; 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 [↑](#footnote-ref-20)
21. 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. [↑](#footnote-ref-21)
22. 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]](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3662085/) [↑](#footnote-ref-22)
23. Soole, R., Kõlves, 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](https://psycnet.apa.org/doi/10.1027/0227-5910/a000267)  [↑](#footnote-ref-23)
24. 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 [↑](#footnote-ref-24)
25. 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. [↑](#footnote-ref-25)
26. 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. [↑](#footnote-ref-26)
27. Heikkinen, M., Aro, H.,  [Lönnqvist.](https://onlinelibrary.wiley.com/action/doSearch?ContribAuthorStored=L%C3%B6nnqvist%2C+J) J. (1992). The partners’ views on precipitant stressors in suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 85(5),* 380-384. doi:10.1111/j.16000447.1992. [↑](#footnote-ref-27)
28. 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 [↑](#footnote-ref-28)
29. 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. [↑](#footnote-ref-29)
30. 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. [↑](#footnote-ref-30)
31. 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.

 [↑](#footnote-ref-31)
32. 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/ [↑](#footnote-ref-32)
33. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE clusterrandomised, controlled trial. Lancet. 2015; 385(9977): 1536–44. [↑](#footnote-ref-33)
34. National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. World Health Organization 2018 [↑](#footnote-ref-34)
35. 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. [↑](#footnote-ref-35)
36. Stone D. M., & Crosby, A. E. Suicide Prevention // American journal of lifestyle medicine. 2014. 8(6), pp. 404–420. doi:10.1177/1559827614551130 [↑](#footnote-ref-36)
37. 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. [↑](#footnote-ref-37)
38. Nickerson, A. B., & Zhe, E. J. Crisis Prevention and Intervention: A Survey of School Psychologists. // Psychology in the Schools. [↑](#footnote-ref-38)
39. . 41(7), pp. 777–788. http://dx.doi.org/10.1002/pits.20017 [↑](#footnote-ref-39)
40. 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]](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2846603/) [↑](#footnote-ref-40)
41. 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. AdvВiomedRes. 2014;3 [[PMCfreearticle]](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4202499/)] [↑](#footnote-ref-41)
42. 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]](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2649494/) [↑](#footnote-ref-42)
43. 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]](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16156492) [↑](#footnote-ref-43)
44. 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]](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27245813)

 [↑](#footnote-ref-44)