



ЭКСПЕРТНЫЙ ОБЗОР

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ И БОРЬБА
С СУИЦИДАМИ СРЕДИ ДЕТЕЙ
И МОЛОДЕЖИ, МЕЖДУНАРОДНЫЙ
КОНТЕКСТ И ПРАКТИКА

МОСКВА
2023



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

Государственное бюджетное учреждение города Москвы
«Научно-исследовательский институт организации
здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы»

Е. И. Аксенова, С. Ю. Горбатов

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ И БОРЬБА С СУИЦИДАМИ СРЕДИ ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ, МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНТЕКСТ И ПРАКТИКА

Экспертный обзор

Научное электронное издание

Москва
ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
2023

УДК 614.2
ББК 51.1

Рецензенты:

Камынина Наталья Николаевна, доктор медицинских наук, заместитель директора по научной работе ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»;

Бонкало Татьяна Ивановна, доктор психологических наук, доцент, начальник отдела ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

Аксенова, Е. И.

Предупреждение и борьба с суицидами среди детей и молодежи, международный контекст и практика: экспертный обзор[Электронный ресурс] / Е. И. Аксенова, С. Ю. Горбатов. – Электрон. текстовые дан. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. – URL: <https://niiioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/obzory/> – Загл. с экрана. – 26 с.

ISBN 978-5-907717-61-9

Подростковый возраст является уязвимой группой, демонстрирующей рост тенденций к суицидальному поведению.

Своевременное выявление факторов риска (таких, как психические расстройства, предыдущие попытки самоубийства, специфические характеристики личности, генетическая нагрузка и семейные процессы в сочетании с запуском психосоциальных стрессоров, воздействием вдохновляющих моделей и доступностью средств совершения самоубийства, которые являются ключевыми факторами риска самоубийств среди молодежи), требует особого внимания и представляет собой ключевую возможность предотвращения самоубийства, что позволяет потенциально сохранить жизни людей.

В обзоре представлены стратегии стран мира, направленные на предотвращение самоубийств среди детей и молодежи.

Работа предназначена для специалистов в области организации здравоохранения и общественного здоровья, руководителей медицинских организаций, специалистов органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации.

УДК 614.2
ББК 51.1

Утверждено и рекомендовано к печати Научно-методическим советом ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

(Протокол № 7 от 19 сентября 2023 г.).

Самостоятельное электронное издание сетевого распространения

Минимальные системные требования: браузер Internet Explorer/Safari и др.;
скорость подключения к Сети 1 МБ/с и выше.



© Аксенова Е. И., Горбатов С. Ю., 2023
© ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ОБ ЭПИДЕМИОЛОГИИ СУИЦИДА И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ.....	6
ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ	10
СТРАТЕГИИ И МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ СУИЦИДА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	15
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	21
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ.....	22

ВВЕДЕНИЕ

Самоубийство является глобальной проблемой психического здоровья людей всех возрастов, на которую ежегодно в мире приходится 800 000 смертей [1].

Всемирная организация здравоохранения признала предотвращение самоубийств одним из основных приоритетов общественного здравоохранения и выступила за разработку и реализацию комплексных национальных стратегий, уделяя особое внимание молодежи и другим уязвимым группам [2].

Суицидальные мысли и поведение среди молодежи вызывают особую озабоченность в мире. Наиболее резкое увеличение количества смертей от самоубийств на протяжении всей жизни происходит в период между ранним подростковым возрастом и молодым взрослением. Также самоубийства занимают более высокое место среди причин смерти в молодом возрасте по сравнению с другими возрастными группами. Возраст начала суицидальных мыслей и попыток самоубийства обычно приходится на период подросткового взросления. Подростковый возраст представляет собой ключевую возможность предотвращения самоубийства, что позволяет потенциально сохранить жизни людей. Лучше понимая, как и почему возникает риск самоубийства в молодости, возможно вмешаться в его развитие на более раннем этапе жизни [3].

Суицид среди молодых людей (15–29 лет) составляет одну треть всех самоубийств в мире и является второй по значимости причиной смерти в этой возрастной группе [4].

В обществе растет осознание масштабных негативных последствий суицидального поведения среди молодежи не только из-за прямой гибели многих молодых людей, но и из-за разрушительных психосоциальных и неблагоприятных социально-экономических последствий. С точки зрения общественного психического здоровья самоубийство среди молодежи является одной из основных проблем, которую необходимо решать с помощью эффективных профилактических мер [5].

Большая часть научных исследований о самоубийствах среди молодежи относится к детям школьного возраста (7–12 лет) и подросткам (13–20 лет), которые по своей природе уязвимы к проблемам психического здоровья, особенно в подростковом возрасте [5,6]. Данный период жизни характеризуется изменениями и переходами из одного состояния в другое одновременно в разных сферах. Молодым людям приходится принимать решения о важных конкретных направлениях жизни, они также должны решать новые задачи в отношении построения своей идентичности, развития самооценки, приобретения независимости и ответственности, формирования интимных отношений и т. д. Они подвержены постоянным, изменяющимся психологическим и физическим процессам и часто сталкиваются с высокими ожиданиями со стороны значимых родственников и сверстников. Такие ситуации неизбежно провоцируют определенную степень беспомощности, неуверенности, стресса и чувства потери контроля [5,7]. Чтобы решить эти проблемы и успешно справиться

с этими эмоциями, молодые люди должны иметь доступ к значительным вспомогательным ресурсам, таким как стабильная жизненная ситуация, близкая дружба, структурная основа и экономические ресурсы. Факторы риска можно рассматривать как факторы, которые подрывают эту поддержку или затрудняют доступ к этим ресурсам, в то время как защитные факторы укрепляют и защищают эти ресурсы или служат буфером против факторов риска.

Хотя суицид среди детей встречается относительно редко, его распространенность значительно возрастает в подростковом возрасте. Несмотря на то, что уровень самоубийств среди молодежи, в частности, в европейском регионе, немного снижается, они по-прежнему считаются ведущей причиной смертности среди молодежи во всем мире. Каждое самоубийство является результатом сложного динамического и индивидуального взаимодействия между многочисленными способствующими факторами.

Самоубийство среди детей и молодежи является глобальной проблемой общественного здравоохранения. Несмотря на значительные различия в уровне самоубийств в зависимости от возраста, пола и страны, молодые люди остаются ключевой мишенью для профилактики и вмешательства, причем поздний подростковый возраст (15–19 лет) во всем мире считается временем повышенного риска и повышенного клинического внимания.

ОБ ЭПИДЕМИОЛОГИИ СУИЦИДА И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Распространенность

Распространенность суицидальных мыслей среди молодежи колеблется от 19,8 до 24,0%. Попытки самоубийства менее распространены: уровень распространенности в течение жизни составляет от 3,1 до 8,8% [8].

Смертность от самоубийства составляет 8,5% всех смертей среди подростков и молодых людей во всем мире (15–29 лет). Уровень смертности от самоубийств высок в странах постсоветского региона (в Литве, Латвии, Узбекистане) и варьируется от 14,5–24,3 на 100 000 для подростков и молодых людей и 0,3–2,8 на 100 000 для детей и молодых подростков. Также страны с повышенным уровнем самоубийств среди молодежи включают Новую Зеландию, Финляндию и Японию. Но тенденции среди молодежи не всегда отражают тенденции населения в целом. Новая Зеландия занимает высокое место по сравнению с другими странами по уровню самоубийств среди молодежи, но имеет относительно низкий уровень самоубийств в целом. Венгрия занимает высокое место по сравнению с другими странами по общему уровню самоубийств, но имеет относительно низкий уровень самоубийств среди молодежи. Такие страны, как Литва и Латвия, занимают высокие места как по уровню самоубийств среди молодежи, так и по общему уровню самоубийств [3].

Уровень самоубийств в целом существенно различается в зависимости от регионов. Около 80% всех самоубийств происходит в странах с низким и средним уровнем дохода. Уровень смертности от самоубийств варьируется от 15,6 на 100 000 жителей в Юго-Восточной Азии до 5,6 на 100 000 в регионе Восточного Средиземноморья. В Европе средний уровень смертности от самоубийств составляет 14,1 на 100 000, что намного выше среднемирового показателя – 10,7 на 100 000. Между европейскими странами наблюдаются большие различия: от примерно 3,3 на 100 000 в Азербайджане до десятикратного этого показателя (32,7 на 100 000) в Литве. В целом страны Восточной и Центральной Европы имеют самый высокий уровень смертности от самоубийств, страны Западной и Северной Европы расположены примерно на среднем уровне по Европе, а страны Средиземноморья имеют самые низкие показатели [5].

Хотя уровень самоубийств среди детей и подростков ниже, чем среди населения в целом во всем мире, в ряде стран (Бангладеш, Кирибати, Микронезия, Новая Зеландия) такого несоответствия нет. Если рассматривать только женщин, то во многих странах (Кирибати, Микронезия, Новая Зеландия, Папуа – Новая Гвинея, Филиппины, Соломоновы Острова) уровень самоубийств среди молодежи выше, чем среди населения в целом. Кроме того, есть несколько стран, в которых уровень самоубийств среди девочек превышает уровень самоубийств среди мальчиков (Бангладеш, Индия, Китай, Фиджи, Мальдивы, Мьянма, Непал, Восточный Тимор). В Индии самый высокий уровень самоубийств среди женщин в возрасте 10–19 лет (15 на 100 000), что почти в два раза превышает показатель среди мужчин той же возрастной группы (7,8 на 100 000) [9].

Начало и течение

Суицидальные мысли редки в возрасте до 10 лет, и их распространенность быстро увеличивается в возрасте от 12 до 17 лет. Подростки, испытывающие суицидальные мысли (по сравнению с подростками, не склонными к суициду), примерно в 12 раз чаще предпринимают попытки самоубийства к 30 годам, и более трети подростков, которые испытывают суицидальные мысли, предпринимают попытки самоубийства [10, 11]. Из тех подростков, которые переходят к попыткам, большинство делают это в течение 1–2 лет после появления идей, и обычно для них характерны специфические клинические проявления (например, депрессия/дистимия, расстройство пищевого поведения, нарушение внимания, синдром дефицита с гиперактивностью, расстройство поведения, перемежающееся взрывное расстройство [11]). Попытка самоубийства возникает в несколько более позднем возрасте, чем суицидальные мысли. Попытки самоубийства редки в возрасте до 12 лет, а их распространенность увеличивается в раннем и среднем/позднем подростковом возрасте и стабилизируется к началу 20-летнего возраста. Несмотря на то, что суицидальная смертность среди детей встречается реже, были зарегистрированы самоубийства в возрасте 5–8 лет. Смерть от самоубийства становится все более распространенной к 15–19 годам [3].

Суицидальные мысли и предшествующие попытки представляют собой основные факторы риска самоубийства у детей и подростков. Около четверти европейских подростков, совершивших попытку самоубийства, предприняли еще одну попытку в течение следующего года. Примерно треть подростков с суицидальными мыслями разрабатывают план самоубийства, и примерно 60% из них пытаются совершить самоубийство.

Даже если мужчины чаще погибают в результате самоубийства, суицидальные мысли и попытки чаще случаются среди женщин. Это описывается как гендерный парадокс суицидального поведения, частично объясняемый различиями в предпочтительных способах самоубийства. Мужчины склонны выбирать более смертоносные методы (например, повешение и огнестрельное оружие), чем те, которые выбирают женщины (например, самоотравление). Имеются также постоянные сообщения о более высокой распространенности суицидальных мыслей и попыток среди девочек по сравнению с мальчиками [9].

Гендерные различия

Как было отмечено выше, гендерный фактор представляет собой общепризнанный парадокс, при котором девочки-подростки с большей вероятностью испытывают суицидальные мысли и попытки самоубийства, чем мальчики, но мальчики-подростки чаще умирают в результате самоубийства. Выраженных половых различий в распространенности или тяжести заболевания не наблюдается примерно до 11-летнего возраста. Данные свидетельствуют о небольших различиях в возрасте начала (например, более ранний возраст начала суицидальных мыслей среди женщин, более ранний возраст начала суицидальных попыток среди мужчин), хотя эти закономерности могут варьироваться в зависимости от разных уровней клинической тяжести. Половые различия в показателях самоубийств среди молодежи, как правило, имитируют различия среди взрослых, например, мальчики и молодые мужчины умирают в результате самоубийства чаще более чем в два раза, а иногда и более чем в три раза, чем девочки и молодые женщины [3].

Возраст

Самоубийства затрагивают все возрастные группы населения, но во всем мире их уровень явно возрастает с возрастом. Практически во всех регионах мира самые высокие показатели наблюдаются среди пожилых людей в возрасте 80+ (60,1 на 100 000 мужчин и 27,8 на 100 000 женщин), 70–79 лет (42,2 и 18,7 соответственно). У молодых людей эти показатели значительно ниже: 15,3 и 11,2 на 100 000 мужчин и женщин в возрасте 15–29 лет и 0,9 и 1,0 на 100 000 для возрастной категории 5–14 лет. В Европе наблюдается та же тенденция: показатели снижаются с 53,2 и 14,0 на 100 000 мужчин и женщин в возрасте 80+ до соответственно 19,9 и 4,2 на 100 000 для возрастной категории 15–29 лет и 1,0 и 0,4 для возрастной категории 5–14 лет. Несмотря на более низкий уровень самоубийств среди младших возрастных групп, самоубийства являются второй по значимости причиной смерти среди молодых людей в возрасте 15–29 лет во всем мире. В Европе, где уровень самоубийств среди молодежи имеет тенденцию к снижению, самоубийство считается второй наиболее частой причиной смерти в возрастной группе 10–19 лет. Это даже самая частая причина смерти среди женщин в возрасте 15–19 лет (6,15 на 100 000). Смертность от самоубийств составляет около одной пятой всех смертей среди европейских подростков старшего возраста и молодых людей вместе (15–29 лет), что составляет около 24 000 смертей каждый год [5].

Подростки старшего возраста чаще погибают в результате самоубийства, чем дети и подростки младшего возраста. Как правило, в разных странах уровень самоубийств среди подростков старшего возраста и молодых людей (15–29 лет) как минимум в десять раз выше, чем среди детей и молодых подростков (5–14 лет). Заметные возрастные закономерности также существуют в использовании методов. Например, повешение/удушение чаще встречается среди детей по сравнению с подростками, а использование острых предметов чаще встречается среди подростков [3].

Почти во всех регионах мира уровень смертности от самоубийств среди молодежи в возрасте до 14 лет составляет примерно 0,6 на 100 000, а самоубийства в детстве и раннем подростковом возрасте считаются редкими. Совокупный уровень самоубийств среди детей и молодежи в возрасте 10–19 лет составляет 3,77 на 100 000 человек. Уровень самоубийств увеличивается в подростковом возрасте, достигая показателя 6,04 на 100 000 среди подростков 15–19 лет (по сравнению с 0,93 на 100 000 среди подростков 10–14 лет). Стабилизация или снижение уровня самоубийств среди подростков были описаны во многих странах мира, однако в Южной Америке и Восточной Азии наблюдается противоположная тенденция [9].

ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ

Многочисленные факторы могут способствовать самоубийству, но в конечном итоге каждое самоубийство вызвано уникальным, динамичным и сложным взаимодействием генетических, биологических, психологических и социальных факторов. Можно выделить различные типы факторов, которые связаны с повышенным риском самоубийств среди детей и молодежи [5].

Психические расстройства

Большинство исследований сходятся во мнении, что самоубийство тесно связано с психическими расстройствами. Около 90% людей, совершивших самоубийство, страдали как минимум одним психическим расстройством [12]. Установлено, что психические расстройства составляют от 47 до 74% риска самоубийства. Аффективное расстройство — расстройство, наиболее часто встречающееся в этом контексте. Критерии депрессии обнаруживались в 50–65% случаев суицида, чаще у женщин, чем у мужчин. Злоупотребление психоактивными веществами и, в частности, злоупотребление алкоголем также тесно связано с риском самоубийства, особенно среди подростков старшего возраста. Среди 30–40% людей, умерших в результате самоубийства, были расстройства личности, такие как пограничное или антисоциальное расстройство личности. Самоубийство часто является причиной смерти молодых людей с расстройствами пищевого поведения, в частности нервной анорексией. В целом коморбидность психических расстройств существенно увеличивает риск суицида. Особенно важна при этом высокая распространенность коморбидности аффективных и наркотических расстройств [5].

Самооценка бесполезности и низкая самооценка, а также поведенческие показатели негативного самореферентного мышления позволяют предсказать будущие суицидальные мысли и попытки самоубийства, контролируя другие симптомы депрессии и исходные суицидальные мысли и поведение [3].

Предыдущие попытки самоубийства

Многие исследования обнаруживают тесную связь между предыдущими попытками самоубийства и самоубийством. Около 25–33% всех случаев самоубийства предшествовала более ранняя попытка самоубийства, и это явление более распространено среди мальчиков, чем среди девочек. Исследования показали, что у мальчиков, ранее предпринявших попытку самоубийства, риск самоубийства увеличивается в

30 раз по сравнению с мальчиками, которые не пытались совершить самоубийство. У девочек, ранее имевших попытки суицида, риск суицида увеличивается в три раза. В исследованиях было установлено, что 1–6% людей, пытающихся покончить жизнь самоубийством, умирают самоубийством в первый год [5].

Характеристики личности

Суицид связан с импульсивностью, и переход от суицидальных мыслей и попыток к фактическому завершеному самоубийству часто происходит внезапно, неожиданно и импульсивно, особенно среди подростков. Трудности в управлении различными, сильными и смешанными эмоциями и колебаниями настроения, сопровождающимися столкновением с новыми и постоянно меняющимися проблемами в различных областях, являются еще одним фактором риска самоубийств среди молодежи. Было также обнаружено, что молодые люди, совершившие самоубийство, имели худшие навыки решения проблем, чем их сверстники. [13]. Неспособность решать проблемы и регулировать настроение часто вызывает неуверенность, низкую самоэффективность и самооценку, но также может привести к гневу и агрессивному поведению, эмоциональному кризису и суицидальному кризису, особенно в сочетании с перфекционистскими личностями [5].

Импульсивность понимается как относительная неспособность контролировать свое поведение. Это объясняется широким спектром личностных характеристик, таких как плохое планирование, преждевременное реагирование до рассмотрения последствий, стремление к сенсациям, принятие риска, неспособность подавлять реакции и предпочтение немедленных вознаграждений, а не отсроченных. Перфекционизм также считается фактором риска суицидальных мыслей и поведения [9].

Семейные факторы

Одним из наиболее важных источников поддержки в решении многих проблем молодежи является семейный контекст, в котором молодые люди живут или выросли. По оценкам, в 50% случаев самоубийств среди молодежи задействованы семейные факторы. Одним из важных факторов является наличие в анамнезе психических расстройств у самих прямых членов семьи, особенно депрессии и злоупотребления психоактивными веществами. Большое влияние оказывают прямые конфликты с родителями, а также отсутствие общения и пренебрежение потребностями в общении. Более того, насилие дома часто встречается в истории случаев самоубийств среди молодых людей, причем не только конкретно против ребенка, но как способ решения проблем между членами семьи [5].

Смерть родителей от внешних причин, особенно если она происходит в детстве, тесно связана с последующим суицидальным поведением детей.

Трудности в семейной среде, такие как низкая воспринимаемая поддержка, конфликты между родителями и детьми и отсутствие сплоченности семьи, являются факторами риска суицидального поведения подростков, а также детских травматических переживаний. Родительские связи, характеризующиеся низким уровнем заботы и чрезмерной опекой (т. е. безэмоциональным контролем), связаны с суицидальным поведением среди подростков [9].

Имеются убедительные доказательства того, что различные формы жестокого обращения в детстве, такие как сексуальное, физическое и эмоциональное насилие, предсказывают будущие суицидальные мысли и попытки самоубийства среди молодежи. Было доказано, что сексуальное насилие имеет более долгосрочные последствия, чем физическое насилие [3].

Жизненные события и черты характера

Факторы риска, непосредственно связанные с конкретными важными жизненными событиями, конечно, могут быть очень разнообразными, но установлено, что некоторые типы стрессоров событий чаще связаны с самоубийством в молодости, чем другие. В контексте решения новых задач, построения собственной идентичности и обретения уверенности в себе большинство молодых людей придают большое значение участию в группах сверстников, развитию новых близких отношений, установлению уверенности и безопасности. Межличностные потери, такие как разрыв отношений, смерть друзей и неприятие сверстников, могут иметь большое влияние на молодежь и встречаются в одной пятой случаев самоубийств среди молодежи. Другие важные факторы стресса, связанные с самоубийством, связаны с важными областями школы и семьи. Школьные проблемы и академический стресс были обнаружены в 14% случаев самоубийств. Острые конфликты с родителями предшествуют 40% случаев самоубийства. Другими конкретными стрессовыми событиями, связанными с самоубийством, были издевательства, киберзапугивание, психическое и физическое/сексуальное насилие, а также дисциплинарные взыскания[5].

Кластеризация суицидов (т.е. временная или пространственная агрегация суицидов) среди подростков встречается чаще, чем в старших возрастных группах. Это может быть связано с социальной передачей (особенно через передачу от человека к человеку и через средства массовой информации), Интернет и социальные сети также играют важную роль в пропаганде суицидального поведения [9].

Убедительные доказательства подчеркивают, что издевательства (виктимизация со стороны сверстников) являются фактором риска возникновения суицидальных мыслей и поведения среди молодежи. Исследования продемонстрировали влияние социальной изоляции, вербального/физического насилия и принуждения со стороны сверстников в детстве и раннем подростковом возрасте на последующие суицидальные мысли, попытки самоубийства и смертность от самоубийства. [3].

Имитация, влияние сверстников и СМИ

Молодые люди более внушаемы и более склонны к заражению поведением других, чем взрослые люди. Под имитацией понимается обучение посредством моделирования, приобретение новых моделей поведения посредством наблюдения за поведением модели. Имитация суицидального поведения подростков может быть вызвана на макроуровне (например, сообщениями в средствах массовой информации), но также может быть вызвана прямым контактом в их жизненной среде (например, группы сверстников, друзья, школьная среда). В целом эффект подражания сильнее, когда между молодым человеком и моделью имеется сходство (по возрасту, полу, настроению или фоновой ситуации), когда между ними существует сильная связь или когда моделью является кто-то другой, кем восхищаются (например, знаменитости). Чем больше такое поведение оправдывается, рассматривается как позитивное и смелое, тем больше вероятность, что молодые люди будут ему подражать. Также важна частота и способ представления поведения модели, например, размер и количество заголовков, количество повторов упоминания.

Важным является то, произошли ли другие самоубийства в окружающей среде. Имеется множество доказательств, демонстрирующих пространственно-временную кластеризацию самоубийств. Исследования показывают, что кластеры более распространены среди подростков (например, 15–19 лет) и редко среди населения старше 24 лет. Исследования показали, что наличие друга, который пытался покончить жизнь самоубийством или умер в результате него, предсказывает будущую попытку самоубийства в подростковом возрасте.

В части использования средств массовой информации, в этой области все чаще исследуется потенциальное влияние Интернета как общего источника информации, связанной с самоубийствами. Отдельные страны предприняли шаги по юридическому запрету или блокировке веб-сайтов, обсуждающих практические аспекты самоубийства [3].

Доступность средств самоубийства

Люди, думающие о самоубийстве, обычно неоднозначно относятся к этому решению. Переход от суицидальных мыслей к реальному самоубийству часто происходит импульсивно, как реакция на острые психосоциальные стрессоры, особенно у молодых людей. Наличие средств совершения самоубийства может иметь решающее значение для этого перехода в данный момент и в данной конкретной ситуации, а выбранный метод может также определять летальность действия. Иногда это даже связано с национальными особенностями методов самоубийства. В соответствии с этим дети обычно кончают жизнь самоубийством через повешение, прыжки с высоты или столкновение с проезжей частью, а также отравление лекарствами.

Подростки используют более разнообразные методы: кроме повешения и отравления, особенно за рубежом, молодые люди также применяют огнестрельное оружие. Когнитивная доступность также может играть важную роль в самоубийстве среди молодежи, особенно в суицидальном процессе, ведущем к самоубийству, например, сенсационные сообщения в СМИ или подробная информация в Интернете о средствах и методах совершения самоубийства [5].

СТРАТЕГИИ И МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ СУИЦИДА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Профилактика самоубийств считается проблемой для специализированных служб психического здоровья. Однако, учитывая, что многие детерминанты самоубийства лежат в основе социальных невзгод, существует необходимость в разделении роли и ответственности между здравоохранением, социальной помощью, образованием, системой правосудия и добровольным сектором. В рамках многогранного подхода общественного здравоохранения к предотвращению самоубийств обозначается важная роль первичной медико-санитарной помощи [14].

Роль ПСМП

Первичная медико-санитарная помощь является основой любой системы здравоохранения, она должна быть в авангарде эффективного выявления и поддержки молодых людей, подвергающихся риску самоубийства. Службы психического здоровья молодых людей должны быть интегрированы в первичную медико-санитарную помощь и иметь ориентацию на данное сообщество.

Well Center в Великобритании является ярким примером многопрофильного молодежного медицинского центра, ориентированного на сообщество, где молодые люди могут обсудить свои проблемы со здоровьем с молодежным работником, консультантом или врачом в безопасном и конфиденциальном месте. Well Center находится в ведении врача общей практики в сотрудничестве с местной благотворительной организацией по работе с молодежью и, следовательно, имеет сильную ориентацию на сообщество. Это означает, что Центр доступен и приемлем для тех молодых людей, которые в противном случае не могли бы посетить своего врача общей практики или обратиться за помощью в обычные службы [14].

В Австралии модель **Headspace**, разработанная для устранения растущих пробелов в предоставлении услуг по охране психического здоровья молодежи, уникальна тем, что обеспечивает многопрофильную первую помощь молодым людям в возрасте 12–25 лет. Модель центров Headspace сосредоточена вокруг интегрированных, легкодоступных и дружелюбных к молодежи центров обслуживания, которые

предоставляют первичную медико-санитарную помощь, услуги в области психического здоровья, лечения злоупотребления психоактивными веществами и профессиональные услуги в одном месте [14,15]. Он обеспечивает непрерывный путь оказания помощи подросткам и молодым людям в возрастном диапазоне, устраняя разрыв между услугами для детей, подростков и взрослых. В настоящее время в Австралии существует более 100 центров Headspace, а также онлайн-сервис, который предоставляет научно обоснованное лечение, проводимое обученными клиницистами в области психического здоровья. Модель Headspace внедряется в Ирландии, Дании, Израиле, Исландии и США [14,16].

Стратегии предотвращения самоубийств можно разделить на три различных уровня. Универсальные стратегии нацелены на каждого члена определенной группы населения (например, школы, округа, местного сообщества) и направлены на повышение осведомленности о самоубийствах и психическом здоровье, устранение препятствий для получения помощи или пропаганду поведения, связанного с обращением за помощью, и защитных факторов, таких как социальная поддержка и навыки преодоления трудностей. Данные стратегии могут оказывать поддержку родителям, улучшать возможности образования или профессиональной подготовки или улучшать условия в школах (например, школьный климат) или в других местах, способствующих хорошему психическому здоровью. Выборочные стратегии направлены на группы, которые подвергаются повышенному риску суицидального поведения, например, подростки с проблемами психического здоровья и вредным употреблением психоактивных веществ. Конкретные стратегии нацелены на лиц из группы высокого риска, у которых уже проявляются признаки суицидального поведения [9].

Ограничение доступа к смертоносным веществам

Суицид у детей и подростков чаще всего происходит в их обычном месте жительства, и наиболее часто используемым методом является повешение. Однако различия возникают при рассмотрении разных полов и географических регионов. Во всем мире мальчики чаще всего используют повешивание и огнестрельное оружие, тогда как девочки чаще используют отравления пестицидами или наркотиками, а также прыжки с высоты. Также существуют различия между странами: в том числе более частое использование огнестрельного оружия в США, большее количество смертей в результате прыжков с высоты в Гонконге и Сингапуре, а также более широкое использование отравлений пестицидами в сельских районах нескольких стран Азиатского и Тихоокеанского регионов, включая Китай и Индию. Ограничение доступа к этим смертоносным средствам является эффективной универсальной стратегией предотвращения самоубийств. В США сообщалось о значительной связи между сокращением доступности огнестрельного оружия в домохозяйствах и самоубийствами среди детей и подростков [9].

Информированность и обучение навыкам

Школьные программы повышения осведомленности и обучения навыкам на сегодняшний день являются наиболее распространенными универсальными стратегиями, реализуемыми для предотвращения самоубийств среди молодежи. Мероприятия по повышению осведомленности предоставляют достоверную информацию о психическом здоровье и самоубийствах, направлены на снижение стигмы, связанной с этими проблемами, и облегчение поведения, связанного с обращением за помощью. Обучение навыкам направлено на усиление защитных факторов, таких как стратегии преодоления трудностей и решения проблем, эмоциональная осведомленность и принятие решений.

«Признаки самоубийства» Signs of Suicide (SOS) — это универсальная школьная профилактическая программа, предназначенная для учащихся средних (11–13 лет) и старших классов (13–17 лет) США. Она включает учебную программу, предназначенную для повышения осведомленности о самоубийстве, а также для выявления депрессии и других факторов риска, связанных с суицидальным поведением. SOS оценивалась в рандомизированных контрольных исследованиях (РКИ) с участием школьников США. Через 3 месяца наблюдения участники программы значительно реже (40–64%) сообщали о попытках самоубийства, чем участники контрольной группы. Сообщалось о росте знаний о депрессии и самоубийстве, а также о более адаптивном отношении к этим проблемам [9].

Программа **«Молодежь осведомлена о психическом здоровье» The Youth Aware of Mental health (YAM)** – это универсальная программа укрепления психического здоровья и предотвращения самоубийств для учащихся в возрасте 13–17 лет. YAM был проведен с более чем 85 000 подростками в 16 странах, и более 800 человек прошли обучение в качестве инструкторов YAM по всему миру. В течение 5 одночасовых занятий в классе психическое здоровье изучается посредством дискуссий и ролевых игр под руководством двух обученных взрослых инструкторов и с использованием педагогических материалов (слайдов, плакатов и буклетов, которые каждый участник может оставить себе). YAM был оценен в ходе РКИ с участием более 11 000 европейских школьников. Через 12 месяцев наблюдения у участников YAM наблюдалось вдвое меньше случаев попыток самоубийства и суицидальных мыслей по сравнению с учащимися из контрольной группы [9].

Игра «Хорошее поведение» The Good Behavior Game (GBG) (США, Европейские страны) – это стратегия управления поведением в классе, направленная на социализацию детей и снижение агрессивного и деструктивного поведения. Она ориентирована на первоклассников и реализуется классным руководителем. Хотя эта программа не направлена конкретно на предотвращение самоубийств, она оказывает воздействие на основные факторы риска, такие как агрессия и плохая социальная интеграция. Долгосрочное последующее исследование показало снижение риска суицидальных мыслей и попыток среди молодежи в возрасте 19–21 года, подвергшейся воздействию игры, по сравнению с контрольной группой [9].

Программы гейткипинга

Эти программы направлены на то, чтобы научить ответственных лиц, таких как школьные учителя, тому, как распознавать признаки и симптомы суицидального кризиса и направлять выявленных субъектов из группы риска к соответствующим ресурсам помощи. Обучение гейткперов – членов сообщества, которые в своей повседневной практике взаимодействуют со значительной частью населения, выявлять лиц с повышенным риском самоубийства и направлять их в соответствующие службы психиатрической помощи демонстрирует значительные перспективы в снижении риска самоубийств. Программа **«Вопрос, убеждение и рекомендации» (QPR)** – одна из наиболее часто используемых программ гейткипинга в школах США и разных стран мира [17].

Скрининговые мероприятия

В программах скрининга используются специальные инструменты и определенные пороговые значения для выявления людей, которые могут подвергаться риску самоубийства. Хотя существуют некоторые опасения по поводу возможного вредного воздействия вопросов, связанных с самоубийством, исследования, проведенные в США и Австралии, показали, что молодые люди, которым задают вопросы о самоубийстве, не демонстрируют повышенного уровня дистресса, депрессивного чувства или суицидальных мыслей по сравнению с контрольной группой [9].

Колумбийская шкала оценки тяжести самоубийств (C-SSRS) представляет собой короткий вопросник, который может быть быстро заполнен в полевых условиях специалистами, это широко распространенный краткий опросник для самоотчета, оценивающий попытки самоубийства в течение жизни и распространенность суицидальных мыслей, плохого настроения и употребления психоактивных веществ в течение 3 месяцев. Шкала, переведенная более чем на 150 языков, была внедрена во многих местах, включая школы. Было опубликовано более 600 рецензируемых исследований, демонстрирующих ее использование в различных группах населения и его обоснованность [18].

Мероприятия для группы высокого риска

Был разработан широкий спектр вмешательств, направленных на предотвращение смерти от самоубийства среди молодежи из группы высокого риска, включая тех, кто уже занимался суицидальным поведением. Они сильно различаются по условиям вмешательства, подходу и продолжительности.

Программы **C-CARE (Counselor-Care, Assess, Respond, Empower) (Консультант – уход, оценка, реагирование, расширение возможностей)** и **CAST (Coping and**

Support Training) (Обучение преодолению трудностей и поддержке) (США, Канада) предлагают пример школьных вмешательств для подростков из группы высокого риска. В рамках этой комбинированной программы участники оцениваются посредством компьютерного интервью для оценки самоубийств. Учащиеся из группы риска направляются на сеансы мотивационного консультирования и на занятия по тренировке навыков, проводимые в небольших группах и направленные на улучшение самооценки, принятия решений, личного контроля и межличностного общения. C-CARE и CAST были эффективны в снижении суицидальных мыслей, депрессии, безнадежности и отношения к самоубийству. Кроме того, участники продемонстрировали усиление личного контроля, преодоления проблем и воспринимаемой поддержки со стороны семьи [19].

Еще одно школьное вмешательство, **Reframe IT**, состоит из интернет-когнитивно-поведенческих занятий, проводимых раз в неделю. В программе также используются видео и другие материалы и мероприятия. Проведенные исследования сообщают об уменьшении суицидальных мыслей, депрессивных симптомов и безнадежности, а также об улучшении стратегий решения проблем и преодоления трудностей [9].

«Максимально безопасно» As safe as possible (ASAP) – это кратковременное вмешательство, поддерживаемое приложением, направленное на предотвращение самоубийств среди госпитализированных подростков с суицидальными наклонностями. Перед выпиской подростки проходят трехчасовое вмешательство, заключающееся в разработке плана безопасности и развитии навыков терпимости к стрессу и навыков регулирования эмоций. Подросткам предлагается использовать приложение для смартфонов, чтобы закрепить эти навыки [20].

Диалектическая поведенческая терапия (ДПТ) – это психотерапевтический метод лечения, разработанный для пациентов с пограничным расстройством личности и адаптированный для использования с суицидальными подростками с пограничными чертами личности. ДПТ ориентирована на развитие навыков регулирования эмоций, межличностной эффективности, терпимости к стрессам и внимательности. ДПТ сочетает в себе индивидуальную терапию, семейную терапию и обучение семейным навыкам. ДПТ показал многообещающие результаты в снижении членовредительства, суицидальных мыслей и симптомов депрессии [9].

В целях предотвращения самоубийств среди молодежи также широко применяются вмешательства на уровне семьи. **«Безопасные альтернативы для подростков и молодежи» Safe Alternatives for Teens and Youth (SAFETY) (БЕЗОПАСНОСТЬ)** – это семейное вмешательство когнитивной поведенческой терапии и ДПТ, предназначенное для подростков, пытающихся совершить самоубийство, обращающихся за услугами экстренной помощи. Помимо разработки плана безопасности, программа направлена на усиление защитной семейной и социальной поддержки, а также на развитие навыков преодоления трудностей и регулирования эмоций. Результаты РКИ, сравнивающие его с обычным усиленным лечением, подтверждают эффективность [21].

Цифровые инновации

Учитывая, что молодые люди являются «цифровыми аборигенами», научно обоснованные технологические инновации могут быть внедрены в систему первичной медико-санитарной помощи, чтобы облегчить взаимодействие, оценку и управление.

Одним из таких нововведений является **Check Up GP** – онлайн-инструмент для проверки здоровья и образа жизни, предназначенный для использования молодыми людьми в залах ожидания врачей общей практики в Австралии для проверки ряда медицинских, психологических, социальных и эмоциональных вопросов (включая суицидальное поведение) до их приема. Сводный отчет автоматически отправляется лечащему врачу перед консультацией. Этот инструмент способствует взаимодействию и взаимопониманию, особенно когда речь идет об обсуждении деликатных вопросов с врачами общей практики; уменьшает неудовлетворенные потребности и способствует оказанию помощи, ориентированной на человека [14].

Другой пример относится к системам поддержки принятия клинических решений (CDSS) для повышения способности медицинских работников оказывать персонализированную помощь, особенно тем, кто подвержен риску членовредительства или самоубийства. Электронный CDSS для поддержки врачей общей практики в оценке и управлении риском самоубийства в настоящее время используется в Великобритании. Такой инструмент обеспечивает стандартизированный метод регистрации данных о риске самоубийства, оценки текущих социальных обстоятельств или факторов риска, выявления потребностей и облегчения выбора соответствующих вариантов управления [14].

Вмешательства в области цифрового здравоохранения обладают огромным потенциалом для более раннего выявления потребностей в области психического здоровья и доступа к медицинской помощи. Было показано, что компьютеризированная когнитивно-поведенческая терапия улучшает симптомы депрессии и тревоги у подростков и молодых людей. Более того, уровень вовлеченности в эти вмешательства повышается за счет игрового и интерактивного контента [9].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подростковый и юношеский возраст является ярким примером уязвимой группы, требующей особого внимания. Фактические данные свидетельствуют о том, что риск суицидального поведения среди этой возрастной группы возрастает, а эпидемиологические данные ясно показывают, что самоубийства в настоящее время являются основной причиной смертности и инвалидности. Реализация проверенных, научно обоснованных и экономически эффективных стратегий является обязанностью и ответственностью руководителей общественного здравоохранения и поставщиков медицинских услуг [22].

Знания о факторах риска суицидов среди детей и молодежи существенно расширяются. Психические расстройства, предыдущие попытки самоубийства, специфические характеристики личности, генетическая нагрузка и семейные процессы в сочетании с запуском психосоциальных стрессоров, воздействием вдохновляющих моделей и доступностью средств совершения самоубийства являются ключевыми факторами риска самоубийств среди молодежи. Необходимо уменьшить факторы риска и максимально усилить защитные меры путем реализации комплексных и многосекторальных профилактических инициатив. Ключевые стратегии профилактики могут быть ориентированы на население (укрепление психического здоровья, образование, повышение осведомленности посредством кампаний по психической устойчивости, тщательное освещение в средствах массовой информации, ограниченный доступ к средствам совершения самоубийства), а также нацелены на подгруппы высокого риска (например, на конкретных школьников).

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. World Health Organization. (2019). WHO | Disease burden and mortality estimates. World Health Organization. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>
2. World Health Organization. (2013). Mental health action plan 2013–2030. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
3. Cha C. B., Franz P. J., M Guzmán E., Glenn C. R., Kleiman E. M., Nock M. K. Annual Research Review: Suicide among youth - epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018 Apr;59(4):460-482. doi: 10.1111/jcpp.12831. Epub 2017 Nov 1. PMID: 29090457; PMCID: PMC5867204.
4. World Health Organization: LIVE LIFE: Preventing Suicide. In. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization; 2018.
5. Bilsen J. Suicide and Youth: Risk Factors. *Front Psychiatry*. 2018 Oct 30;9:540. doi: 10.3389/fpsy.2018.00540. PMID: 30425663; PMCID: PMC6218408.
6. Orbach I. Suicide prevention for adolescents. In: King R., Apter A., editors. *Suicide in Children and Adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press (2006), p. 1–40.
7. Patton G. C., Sawyer S. M., Santelli J. S., Ross D. A., Afifi R., Allen N. B., et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet* (2016) 387:2423–78. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00579-1
8. Nock M. K., Borges G., Bromet E., Cha C. B., Kessler R. C., Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*. 2008;30(1):133–154. <http://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
9. Wasserman D., Carli V., Iosue M., Javed A., Herrman H. Suicide prevention in childhood and adolescence: a narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions. *Asia Pac Psychiatry*. 2021 Sep;13(3):e12452. doi: 10.1111/appy.12452. Epub 2021 Mar 1. PMID: 33646646.
10. Reinherz H. Z., Tanner J. L., Berger S. R., Beardslee W. R., Fitzmaurice G. M. Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(7):1226–1232. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.163.7.1226>. [PubMed] [Google Scholar]
11. Nock M. K., Green J. G., Hwang I., McLaughlin K. A., Sampson N. A., Zaslavsky A. M., Kessler R. C. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(3):300–310. <http://doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.55>
12. Gould M. S. Suicide and the media. *Ann N Y Acad Sci*. (2001) 932:200–21. discussion 21–4. doi: 10.1111/j.1749-6632.2001.tb05807.x
13. Apter A., Wasserman D. Adolescent attempted suicide. In: King R, Apter A, editors. *Suicide in Children and Adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press (2006). p. 63–85.
14. Michail M., Mughal F., Robinson J. Suicide prevention in young people: optimising primary care. *Br J Gen Pract*. 2020 Feb 27;70(692):104-105. doi: 10.3399/bjgp20X708329. PMID: 32107216; PMCID: PMC7038832.
15. McGorry P. D., Tanti C., Stokes R. et al. (2007) Headspace: Australia’s National Youth Mental Health Foundation – where young minds come first. *Med J Aust* 187(S7):S68–S70.
16. McGorry P., Trethowan J., Rickwood D.(2019) Creating headspace for integrated youth mental health care. *World Psychiatry* 18(2):140–141.
17. Quinnett P. G. The Certified QPR Pathfinder Training Program: A Description of a Novel Public Health Gatekeeper Training Program to Mitigate Suicidal Ideation and Suicide Deaths. *J of Prevention* (2023). <https://doi.org/10.1007/s10935-023-00748-w>
18. Columbia University. A Simple Set of 6 Questions to Screen for Suicide. NewsSeptember 30, 2021. <https://www.columbiapsychiatry.org/news/simple-set-6-questions-screen-suicide>

19. Surgenor P. W. G., Quinn, P. & Hughes, C. Ten Recommendations for Effective School-Based, Adolescent, Suicide Prevention Programs. *School Mental Health* 8, 413–424 (2016). <https://doi.org/10.1007/s12310-016-9189-9>
20. Kennard B. D., Goldstein T., Foxwell A. A., McMakin D. L., Wolfe K., Biernesser C., Moorehead A., Douaihy A., Zullo L., Wentroble E., Owen V., Zelazny J., Iyengar S., Porta G., Brent D. As Safe as Possible (ASAP): A Brief App-Supported Inpatient Intervention to Prevent Postdischarge Suicidal Behavior in Hospitalized, Suicidal Adolescents. *Am J Psychiatry*. 2018 Sep 1;175(9):864-872. doi: 10.1176/appi.ajp.2018.17101151. Epub 2018 Jul 19. Erratum in: *Am J Psychiatry*. 2019 Sep 1;176(9):764. PMID: 30021457; PMCID: PMC6169524.
21. Joan R. Asarnow, Jennifer Hughes, Daniel Cohen, Michele Berk, Emily McGrath, Stanley J. Huey, The Incubator Treatment Development Model: The SAFETY Treatment for Suicidal/Self-Harming Youth, *Cognitive and Behavioral Practice*, Volume 29, Issue 1, 2022, Pages 185-197, ISSN 1077-7229, <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.09.012>.
22. Doran C. M., Kinchin I. Economic and epidemiological impact of youth suicide in countries with the highest human development index. *PLoS One*. 2020 May 19;15(5):e0232940. doi: 10.1371/journal.pone.0232940. PMID: 32428034; PMCID: PMC7236997.

Аксенова Елена Ивановна, **Горбатов** Сергей Юрьевич

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ И БОРЬБА С СУИЦИДАМИ СРЕДИ ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ, МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНТЕКСТ И ПРАКТИКА

Экспертный обзор

*Корректор И. Д. Баринская
Дизайнер-верстальщик Е. С. Кленова*

Объем данных 0,42 МБ
Дата подписания к использованию: 02.10.2023.
URL: <https://niioz.ru/moskovskaya-medsina/izdaniya-nii/obzory/>

ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
115088, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9
Тел.: +7 (495) 530-12-89
Электронная почта: niiozmm@zdrav.mos.ru



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

