

# **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<sup>2</sup>. По другим данным, самоубийство является третьей по значимости причиной смерти молодых людей в возрасте 10-19 лет во всем мире<sup>3</sup>, и уровень самоубийств среди молодежи (15-19 лет) растет быстрее, чем среди населения в целом (45% против 26%)<sup>4</sup>. Подростковый возраст знаменует собой начало и быстрое развитие многих психических расстройств (например, депрессии, тревоги), которые способствуют повышенному риску самоубийства<sup>5</sup>.

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<sup>6</sup>. 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<sup>7</sup>. Многие взрослые суициденты думали или пытались покончить с собой еще подростками<sup>8</sup>, 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<sup>9</sup>. На основании опроса около 4000 подростков 3 регионов России процент риска самоповреждающего поведения колебался от 12% до 25%, в зависимости от региона<sup>10</sup>.

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<sup>11</sup>.

Условно можно выделить три группы взаимосвязанных факторов, участвующих в динамике развития суицидального поведения: *потенциальные (создающие почву), триггерные (стрессовые события запускающие динамику), актуальные (связанные с суицидальным кризисным состоянием)*.

### **Потенциальные факторы суицидального поведения**

- **Суицидальные попытки в истории жизни** один из основных факторов прогнозирования возможных повторных суицидальных попыток. Наибольший риск повторной попытки приходится на первые 3-6 месяцев<sup>12</sup>. 20% пытавшихся покончить жизнь самоубийством могут предпринять суицидальную попытку в течение первого года, а 5% совершают самоубийство в течение 9 лет<sup>13</sup>.

- **Акты самоповреждения, скрываемые, постоянные.** Самоповреждения могут стать предшественниками «истинного» самоубийства<sup>14</sup>.

- **Психические нарушения.** Наличие диагноза психического расстройства связано с увеличением риска самоубийства<sup>15</sup>. Риск самоубийства для несовершеннолетних с психическими расстройствами в 5-15 раз выше, чем без психических расстройств<sup>16</sup>. 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%)<sup>17</sup>. Тревожные расстройства также в значительной степени способствуют риску самоубийства, особенно на пике выраженного, беспричинного страха<sup>18</sup>. 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<sup>19</sup>. Расстройство пищевого поведения связано с повышенным риском тяжелых попыток самоубийств<sup>20</sup>. У подростков моложе 12 лет совершивших самоубийство только в 25% выявлялись психические расстройства, а в 30% перед совершением самоубийства наблюдались лишь отдельные депрессивные симптомы<sup>21</sup>.

### **- 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<sup>22</sup>;

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<sup>23</sup>.

### **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<sup>24</sup>.

- **Сексуальное, физическое и эмоциональное насилие.** Сексуальное и эмоциональное насилие вносят большой вклад в развитие суицидального поведения по сравнению с физическим насилием или пренебрежением в семье<sup>25</sup>. Жестокое обращение с детьми влияет на мальчиков и девочек по-разному, и различия наиболее выражены в отношении сексуального насилия<sup>26</sup>. Мальчики, подвергшиеся физическому насилию, имеют более высокий риск попыток самоубийства по сравнению с девочками, подвергшимися физическому насилию<sup>27</sup>.

- **Крушение романтических отношений, разлука или ссора с друзьями.**

Недавнее романтическое расставание в течение последних трех месяцев, одно из наиболее критических событий, приводящее к самоубийству<sup>28</sup>. Более половины событий связанных с конфликтом отношений происходят за последние 24 часа до самоубийства<sup>29</sup>.

- **Запугивание, издевательства (буллинг) со стороны сверстников.**

Взаимосвязь между запугиванием, унижением и риском самоубийства зависит от пола и по-разному влияет на жертв и преступников<sup>30</sup>. 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<sup>31</sup>.

- **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<sup>32</sup>. 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 унижения** 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.

### **Чувство окончательности попадания в невыносимые страдания**

приводит к возникновению **синдрома суицидального кризиса**, проявляющегося в следующих симптомах:

- **в эмоциональной сфере**: эмоциональное страдание, «душевная боль», тотальная безрадостность (острая ангедония), интенсивный беспричинный страх;
- **в когнитивной сфере**: фиксация на переживаниях, событиях приведших к кризисному состоянию, невозможность переключиться на позитивные события;
- **в поведении**: значительное снижение социальной активности, избегание связей с близкими;
- **в соматической сфере**: хронические болезненные ощущения в теле, нарушения всех фаз сна;
- **психосенсорные расстройства**: ощущение измененности себя и окружающего мира (деперсонализация-дереализация), болезненное психическое бесчувствие, выражающаяся в словах «я не живу, я существую», «я стал как робот».

### **Профилактика суицидального поведения подростков.**

#### **Первичная профилактика или превенция**

Первичная профилактика суицидального поведения среди несовершеннолетних должна стать приоритетным направлением деятельности в области здравоохранения и государственной политики, а осведомленность о самоубийствах как о проблеме общественного здравоохранения должна повышаться с использованием многомерного подхода, учитывающего социальные, психологические и культурные последствия.

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<sup>34</sup>. Необходимо подключение подростков к разработке профилактических программ<sup>35</sup>.

### ***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<sup>36</sup>, особой ролью психолога в реализации программ профилактики суицидального поведения подростков<sup>37</sup>. Существуют многочисленные данные об эффективности школьных программ в профилактике суицидального поведения<sup>38</sup>. Отмечается необходимость предоставления дополнительной информации и обучение в области кризисного консультирования<sup>39</sup>. 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<sup>40</sup>.

### ***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.

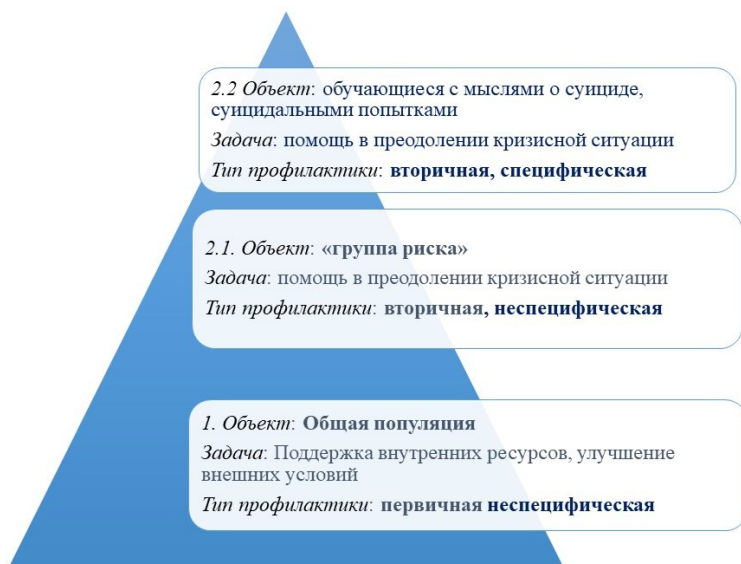
### **Вторичная профилактика или интервенция**

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 <sup>41</sup> . 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 близкого 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*



Uranne 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) <sup>42</sup> . 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 <sup>43</sup>. В дополнение к снижению суицидального риска, телефонное консультирование улучшает общее психическое состояние суицидентов <sup>44</sup>. Суицидальные мысли подростков с семейными проблемами – на пятом месте по частоте среди 11 категорий телефонного консультирования в Японии<sup>45</sup>. 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.
  - 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] 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 завершённые суициды. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019;119(5 вып. 2):20-24.
  - 12 Lewinsohn P.M., Rohde P., Seeley J.R. Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin.Psychology SciPractice*. 1996; 3: 25-36.
  - 13 Owens D., Horrocks J., House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *Br J Psychiatry*, 2002; 181: 193-9.
  - 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 Värik 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.
  - 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., Weismore, 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/s10567-013-0131-5
  - 26 Bagley, C., Bolitho, F. & Bertrand, L. (1995). Mental health profiles, suicidal behavior, and community sexual assault in 2112 Canadian adolescents. *Crisis: Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 16, 126-131.
  - 27 Rosenberg, H. J., Jankowski, M. K., Sengupta, A., Wolfe, R. S., Wolford, G. L., & Rosenberg, S. D. (2005). Single and multiple suicide attempts and associated health risk factors in New Hampshire adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 35(5), 547–557.
  - 28 Heikkinen, M., Aro, H., Lönnqvist, J. (1992). The partners' views on precipitant stressors in suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(5), 380-384. doi:10.1111/j.16000447.1992.
  - 29 Marttunen, M. J., Aro, H. M., & Lönnqvist, J. K. (1993). Adolescence and suicide: A review of psychological autopsy studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2(1), 10-18. doi:10.1007/BF02098826
  - 30 Cook, C., Williams, K. R., Guerra, N. G., Kim, T., & Sadek, S. (2010). Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. *School Psychology Quarterly*, 25, 65–83. 10.
  - 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.
- 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/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/)
- 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.
- 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]
- 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]