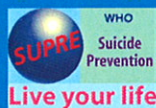


ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ  
САМОУБИЙСТВ  
СПРАВОЧНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ  
КОНСУЛЬТАНТОВ



World Health  
Organization



ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ САМОУБИЙСТВ  
СПРАВОЧНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ  
КОНСУЛЬТАНТОВ



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Департамент психического здоровья и  
злоупотребления психоактивными веществами

Контроль психического здоровья и заболеваний мозга  
Всемирная организация здравоохранения

Женева  
2006

Данный документ – один из серии справочных пособий, специально адресованных группам специалистов и социальных работников, в частности, имеющих отношение к работе по предотвращению самоубийств. Он подготовлен в рамках SUPRE (Предотвращение самоубийств), глобальной инициативы ВОЗ по предотвращению самоубийств.

Библиотека ВОЗ: каталогизация опубликованных данных  
Предотвращение самоубийств: пособие для консультантов  
(Предотвращение самоубийств: серия пособий: 7)

Данный документ – один из серии справочных пособий, специально адресованных группам специалистов и социальных работников, в частности, имеющих отношение к работе по предотвращению самоубийств.

Он подготовлен в рамках SUPRE (Предотвращение самоубийств), глобальной инициативы ВОЗ по предотвращению самоубийств.

1. Самоубийство – предотвращение и контроль. 2. Самоубийство, Попытка – предотвращение и контроль. 3. Консультативная помощь. Всемирная организация здравоохранения. II Серия : Предотвращение самоубийств : серия пособий; 7

ISBN 92 4 159431 4

(Шифр книги по системе Библиотеки Конгресса США и Национальной библиотеки медицины США: HV6545)

© **Всемирная организация здравоохранения 2006**

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения можно приобрести через WHO Press, , World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; номер факса: +41 22 791 4857; адрес электронной почты: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Для получения разрешения на перевод публикаций ВОЗ, в коммерческих и некоммерческих целях, заявка должна быть направлена в WHO Press, по указанному выше адресу (номер факса: +41 22 791 4806; адрес электронной почты: [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)).

Использованные обозначения и изложенный в данной публикации материал ни в коей мере не подразумевает выражение мнения Всемирной организации здравоохранения в отношении юридического статуса какой-либо страны, территории, города или региона, или их органов управления, а также в отношении установления их границ. Пунктирные линии на картах представляют приближенные границы, по которым в настоящее время может не быть достигнуто полных соглашений.

Упоминание конкретных компаний или промышленных продуктов не подразумевает, что Всемирная организация здравоохранения их поддерживает или рекомендует, предпочитая их другим подобным, но не упомянутым в документе. За исключением ошибок и пропусков названия запатентованных промышленных продуктов выделено начальными заглавными буквами.

Всемирная организация здравоохранения предприняла все возможные в разумных пределах меры для проверки содержащейся в данной публикации информации. Однако данный опубликованный материал распространяется без каких-либо гарантий, явно выраженных или подразумеваемых. Ответственность за интерпретацию и использование материалов несут сами читатели. Всемирная организация здравоохранения ни в коей мере не может нести ответственность за ущерб, связанный с использованием данного материала.

Напечатано в Соединенных Штатах Америки

# ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	v
Бремя самоубийства.....	3
Защитные факторы.....	4
Факторы риска и ситуации риска .....	4
Отдельные группы населения и самоубийство .....	7
Расхожие мифы о суицидальном поведении .....	10
Экспертная оценка суицидального поведения.....	13
Контроль суицидального поведения .....	16
Консультирование детей и подростков с суицидальным поведением .....	22
В помощь консультантам, клиент которых совершил самоубийство .....	25
Распространение в обществе полезной информации о самоубийстве .....	26
Ссылки в Интернете .....	29
Справочная информация .....	30



## ПРЕДИСЛОВИЕ

Самоубийство – это сложное явление, которое на протяжении многих сотен лет привлекает к себе внимание философов, теологов, врачей, социологов и художников. Французский философ Альбер Камю в «Мифе о Сизифе» называл его единственной серьезной философской проблемой.

Как серьезная проблема охраны общественного здоровья оно заслуживает нашего внимания, но, к сожалению, предотвращение и контроль самоубийств не просто решаемые задачи. Самые новейшие исследования показывают, что предотвращение самоубийств, хотя и возможно, включает в себя целый ряд таких мер, как создание самых по возможности благоприятных условий для воспитания детей и молодежи, затем применение эффективных методов лечения психических расстройств, и далее вплоть до контроля факторов риска окружающей среды. Надлежащее распространение информации и увеличение уровня информированности населения – вот существенные компоненты успеха программ предотвращения самоубийств.

В 1999 г. ВОЗ выступила с глобальной инициативой профилактики самоубийств под названием SUPRE (Предотвращение самоубийств). Эта брошюра – пример одного из серии ресурсов, специально адресованных группам специалистов и социальных работников, в частности, имеющих отношение к работе по предотвращению самоубийств. Она является всего лишь звеном в длинной и многоликой цепи людей и групп, среди которых можно найти медицинских работников, преподавателей, социальные службы, правительственные организации, представителей

законодательных и правоохранительных органов, представителей общественности, семьи и целые общины.

В частности, мы многим обязаны доктору Скотту Хинклу, координатору клинической подготовки, NBCC-International, Greensboro, USA, который был автором предыдущего издания данной брошюры. Текст был в значительной мере переработан упомянутыми нами ниже членами Международной ассоциации по предотвращению самоубийств, которым мы выражаем глубокую признательность:

Доктор Аннетт Ботре, Школа медицины Кристчерч, Кристчерч, Новая Зеландия;

Профессор Жан Пьер Субрье, председатель секции суицидологии Всемирной ассоциации психиатров, Париж, Франция;

Доктор Лакшми Виджаякумар, SNEHA, Ченнаи, Индия;

Профессор Данута Вассерман, Шведский национальный центр исследований в области суицида и предотвращения психических заболеваний и Департамент общественного здоровья, Стокгольм, Швеция.

Информационные ресурсы в настоящее время широко распространяются в надежде на то, что они будут переведены и адаптированы к ситуации на местах, что является необходимым условием их эффективности. Мы приветствуем замечания и предложения и ждем заявок для получения разрешения на перевод и адаптацию.

Доктор Х. М. Бертолате  
координатор, эксперт **ВОЗ** по психическому здоровью и  
заболеваниям мозга

Департамент психического здоровья и  
злоупотребления психоактивными веществами  
Всемирная организация здравоохранения





# ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ САМОУБИЙСТВ

## СПРАВОЧНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ

### КОНСУЛЬТАНТОВ

Сегодня в мире от самоубийств погибает больше людей, чем во всех вместе взятых конфликтах. Помощь профессиональных консультантов по предотвращению самоубийств явно становится необходимой и критически важной в мировом масштабе.

К самоубийству приводит целый комплекс взаимодействующих биологических, генетических, психологических, социологических, культурных факторов в совокупности с факторами окружающей среды. Улучшения в области распознавания суицидального поведения в обществе, направления к специалистам и повышение контроля проявлений такого поведения – важнейшие этапы предотвращения самоубийств. Критически важно для предотвращения – определить уязвимых и принадлежащих к группе риска людей; понять обстоятельства, которые влияют на их саморазрушающее поведение и эффективно структурировать вмешательства. Вот почему консультантам необходимо разработать инициативы общественного воздействия, как для предотвращения, так и для контроля проявлений суицидального поведения.<sup>1</sup>

Сама практическая деятельность *профессионального консультанта* может быть определена как применение принципов охраны психического здоровья и развития психики человека через когнитивные, эмоциональные, поведенческие или системные стратегии вмешательства. Применяя эти стратегии, профессиональные консультанты воздействуют на такие стороны, как общее самочувствие и развитие личности, профессиональный рост, а также патологию психического

здоровья. Консультанты получают профессиональное образование и подготовку, и часто работают в школах, колледжах и университетах, организациях по профессиональной ориентации, учреждениях, занимающихся вопросами злоупотребления психоактивными веществами, клиниках и больницах.

Предотвращение самоубийств включает в себя целый набор разнообразных видов деятельности, в частности, заинтересованное отношение к воспитанию детей, консультативная помощь семье, лечение психических расстройств, контроль факторов окружающей среды и просвещение общественности. Действенное просвещение общественности – жизненно важная первичная форма вмешательства – включает в себя понимание причин самоубийства, а также вопросы предотвращения и лечения.

Консультанты могут оказать помощь в более глубоком понимании взаимоотношений между злоупотреблением психоактивными веществами и расстройствами настроения, мыслями о самоубийстве и суицидальном поведении. Консультанты также могут помочь в планировании предотвращения рецидива, создании сети социальной поддержки и, при необходимости, направлении в центры более интенсивного лечения психических расстройств и алкогольной и наркозависимости.

Потребность выработки четких установочных принципов, применимых на практике, доступных и информативных для контроля кризисной ситуации с самоубийствами очевидна, особенно в развивающихся странах.<sup>2</sup> К сожалению, среди программ по охране психического здоровья редко можно найти комплексные программы подготовки для осуществления контроля самоубийств.<sup>3</sup>

В профессии консультанта самоубийство клиента относится к «профессиональным рискам». Статистика показывает, что в практике приблизительно 25% консультантов бывают случаи, когда клиент совершает самоубийство.<sup>4</sup> Самоубийство, потенциально, может иметь негативный эффект как на уже практикующих, так и на готовящихся к работе консультантов. Те консультанты, которые пережили такие ситуации, говорят, что испытывали чувство уязвленного самолюбия, навязчивые мысли и тяжелые сны, испытывая одновременно гнев и чувство вины в ответ на смерть своего клиента.

Эта брошюра создана в формате информационного руководства для консультантов по вопросам риска и предотвращения самоубийств.

## БРЕМЯ САМОУБИЙСТВА

По приблизительным оценкам в 2000 году самоубийство совершили один миллион человек, что дает основания считать самоубийство одной из 10 ведущих причин смерти во многих странах мира. Попытку самоубийства совершили приблизительно в 10 – 20 раз больше людей. По предположениям реальные цифры значительно выше. Хотя количества случаев суицида варьируются в разных демографических категориях, за последние 50 лет цифры выросли приблизительно на 60%. Снижение количество жертв самоубийств становится критически важной целью охраны психического здоровья людей в мировом масштабе. И консультанты могут сыграть в предотвращении самоубийств критически важную роль.

## ЗАЩИТНЫЕ ФАКТОРЫ

Защитные факторы<sup>5,6</sup> снижают риск самоубийства; они, как изоляционный материал, предохраняют от самоубийства. Среди них следует отметить следующие:

- Поддержка семьи, друзей, других важных в жизни человека людей
- Религиозные, культурные и этнические ценности
- Участие в жизни общества
- Приносящая удовлетворение жизнь в обществе
- Социальная интеграция, например, через рабочую деятельность, конструктивное использование досуга
- Наличие доступа к услугам по охране психического здоровья

Хотя такие защитные факторы не снимают риск самоубийства, они могут нейтрализовать сильные стрессовые ситуации, которые возникают в жизни.

## ФАКТОРЫ РИСКА И СИТУАЦИИ РИСКА

Суицидальное поведение наиболее часто проявляется при определенных обстоятельствах благодаря культурным, генетическим, психосоциальным факторам, а также факторам окружающей среды. Среди общих факторов риска можно назвать следующие:

- Низкий социально-экономический статус и образовательный уровень; потеря работы
- Социальный стресс
- Неблагополучная ситуация в семье, проблемы отношений в обществе и с системами поддержки
- Перенесенная травма, например, физическое и сексуальное насилие

- Потеря близких людей
- Психические расстройства, например, депрессия, расстройства личности, шизофрения, злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами
- Ощущение никчемности и безнадежности
- Вопросы сексуальной ориентации (например, гомосексуализм)
- Особенности и манеры поведения (например, когнитивный стиль и личностные свойства)
- Отсутствие здравого смысла, самоконтроля и саморазрушающее поведение
- Недостаточно развитые умения психологической адаптации и приспособления к ситуации
- Болезни и хроническая боль
- Самоубийство близких людей
- Наличие доступа к средствам членовредительства
- Разрушительные и насильственные события (например, война или катастрофические бедствия)

По оценкам специалистов порядка 90% покончивших собой людей страдали от психических расстройств, 60% из них на момент совершения самоубийства страдали от депрессии. В действительности, все виды нарушений настроения связаны с суицидальным поведением. Депрессия и ее симптомы (например, тоска, летаргическое состояние, тревожные ощущения, раздражительность, нарушения сна и режима питания) должны насторожить всех консультантов, так как они указывают на потенциальный риск суицида.

Повышенный риск суицида также связывают с шизофренией, злоупотреблением психоактивными веществами, расстройствами личности, тревожными состояниями, включая посттравматический стресс и сопутствующие заболевания.<sup>6</sup> Приблизительно 10-15% страдающих шизофренией совершают самоубийство, что стабильно является самой распространенной причиной смерти лиц, испытывающих состояние психоза. Увеличение личного проникновения в суть

психического расстройства, уменьшение продолжительности лечения, а также ярко выраженные симптомы депрессии связывают с повышенным риском суицида у лиц, которые находятся среди психически больных людей. Последствия злоупотребления алкоголем во время серьезных жизненных ситуаций и стресс-факторы могут привести к ограниченному видению реальности и потенциально желанию причинить себе вред. Алкоголизм, в частности, в сочетании с депрессией и расстройством личности, также может увеличить риск суицида.

В 90% смертей детей и подростков в результате самоубийства в качестве основной причины <sup>7</sup> называют ту или иную форму психического расстройства, причем, в большинстве случаев диагностируются нарушения настроения, тревожные состояния, злоупотребление психоактивными веществами и деструктивное поведение.

Склонные к суициду лица часто несут на себе более тяжелое жизненное бремя, чем не склонные к суициду члены той же группы населения. Под факторами среды мы подразумеваем факты проявления жестокости в отношении человека, проблемы в семье, культурные особенности, трудности в межличностных отношениях и наличие сильного или хронического стресса. В сочетании с депрессивным настроением эти факторы увеличивают вероятность самоубийства. Фактически, дополнительное ощущение безнадежности, которое возникает от осознания бремени жизни, является еще более серьезным предвестником риска суицида, чем просто депрессивное состояние.

Предшествующие попытки самоубийства увеличивают риск суицида. Кроме того, среди ведущих факторов риска можно назвать постоянные мысли о нанесении себе вреда и продуманные планы совершения самоубийства. То есть, самая большая степень риска – это когда у человека есть

средства, возможность и конкретный план совершения самоубийства на фоне отсутствия сдерживающей силы.

Критически важным для консультанта при выборе подхода является выявление факторов риска, связанных с суицидальным поведением. Знание имеющихся факторов риска может определить меры предотвращения и вмешательство, помогая консультантам выявить тех лиц, которые составляют группу повышенного риска. Следовательно, подготовка консультантов к оценке рисков существенно необходима для снижения количества самоубийств.

Хотя и не существует «общепринятого стиля» оповещения о намерении совершить самоубийство, предупредительными знаками могут служить такие проявления, как отсутствие интереса к собственному благосостоянию; изменения в общении с окружающими, спад производительности труда на работе или успеваемости в школе; изменения режимов сна и питания; попытки привести в порядок личные дела или загладить вину перед окружающими; необычный интерес к самочувствию других людей; озабоченность темами смерти и насилия; внезапное улучшение настроения после депрессии; и внезапная или увеличившаяся неразборчивость в сексуальных связях.

## ОТДЕЛЬНЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ И САМОУБИЙСТВО

### Дети и подростки

Консультанты могут сыграть жизненно важную роль в предотвращении самоубийств детей и подростков. Когда ребенок или подросток становится суицидальным, то это попытка молодого человека сообщить о своих трудностях в



решении проблем, в контроле стресса и выражении эмоций и чувств. В некоторых случаях негативное давление сверстников может быть причиной саморазрушительного поведения.

Суицидальное поведение у детей и подростков зачастую вызвано сложной мотивацией, включая депрессивное состояние, эмоциональные, поведенческие и социальные проблемы, злоупотребление психоактивными веществами. Среди других факторов суицидальности у подростков можно отметить крушение романтических отношений, неспособность справиться с трудностями учебной программы и иные жизненные стресс-факторы и проблемы, связанные со слабо развитыми умениями решать поставленную задачу, заниженная самооценка и попытка разобраться с собственной сексуальной идентификацией.

Суицидальные дети часто испытали конфликты в семье и распад семьи, когда такие изменения, как развод, могут вызвать чувство беспомощности и отсутствия контроля за ситуацией. У подростков такие факторы, как психические заболевания в семье наряду с нездоровыми семейными отношениями, пренебрежение и жестокое обращение, отсутствие любви и заботы в детстве могут потенциально увеличить риск суицида. В совершенных самоубийствах молодежи можно отметить более высокий процент психиатрических заболеваний в семье, недостаток поддержки семьи, суицидальные идеи или суицидальное поведение в прошлом, проблемы с соблюдением дисциплины или с правоохранительными органами и наличие в доме заряженного огнестрельного оружия. Суицидальные идеи и попытки самоубийства появляются чаще у тех детей и подростков, которые были жертвой жестокого обращения со стороны сверстников или взрослых.

Дополнительным фактором риска для подростков становится самоубийство известных личностей или лиц, которых

подросток знал лично. В частности, среди молодежи тоже существует феномен самоубийства из подражания (за компанию). Хорошо разрекламированные попытка самоубийства или совершенное самоубийство могут привести к членовредительству в группе сверстников или иной схожей группе, которая, как зеркало, отражает стиль жизни или качества личности суицидального индивидуума. Существуют отдельные данные в поддержку проведения превентивных мероприятий, например, в школах, когда самоубийство совершает ребенок или подросток.

Среди подростков в возрасте 16 лет и старше злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами увеличивают риск самоубийства в период сложных жизненных обстоятельств. Расстройство настроения и тревожное состояние, побеги из дома и чувство безнадежности также увеличивают риск совершения попыток самоубийства. Попытки суицида также часто связаны с испытанным унижением, например, неудачи в школе или на работе, или межличностный конфликт с романтическим партнером. С диагнозом расстройство личности совершается в 10 раз больше самоубийств, чем без такого диагноза<sup>8</sup>, и порядка 80% совершивших самоубийство подростков можно было бы поставить диагноз посттравматического стресса, или проявления симптомов насилия и агрессии.

### Люди преклонного возраста

Депрессия широко признана как основной фактор, связанный с суицидальным поведением на закате жизни. Среди людей преклонного возраста часто задаваемый вопрос – неправильное применение лекарств как средство самоубийства. Однако польза от лечения депрессии в основном всегда превышает негативные эффекты антидепрессантов.

Количество самоубийств среди людей преклонного возраста можно снизить, если консультанты научатся распознавать сигналы суицида. Известно, что приблизительно 70% совершивших самоубийство людей преклонного возраста делились мыслями о самоубийстве с родственниками или другими людьми до совершения фатального акта. Поэтому, такой всегда полезный прием, как непрямые интервью, когда проводится опрос родных и друзей, является существенно важным методом в работе с этой группой населения.

## РАСХОЖИЕ МИФЫ О СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ

Существует множество мифов о суицидальном поведении. Вот некоторые из наиболее общеизвестных:

Миф 1: Люди, которые говорят о самоубийстве, не причинят себе вреда, им просто нужно внимание. **ВЫМЫСЕЛ.** Консультант должен предпринять все возможные меры предосторожности, когда он (она) встречает человека, который говорит о суицидальных идеях, намерениях, или планах. Ко всем угрозам нанесения себе вреда следует относиться серьезно.

Миф 2: Самоубийство – это всегда импульсивный акт и происходит без предупреждения. **ВЫМЫСЕЛ.** Смерть от собственной руки может казаться импульсивной, но человек мог обдумывать самоубийство на протяжении значительного промежутка времени. Многие склонные к суициду личности подают определенные вербальные или поведенческие сигналы об идее намерения причинить себе вред.

Миф 3: Склонные к суициду личности на самом деле хотят умереть или решили убить себя. **ВЫМЫСЕЛ.** Большинство чувствующих желание совершить самоубийство людей делятся своими мыслями как минимум хотя бы еще с одним человеком, или звонят по телефону в кризисные центры, или

врачу, что свидетельствует о двойственности их желания, а не целенаправленности.

Миф 4: Когда человек проявляет признаки улучшения или выживает после попытки самоубийства, можно считать, что опасность миновала. **ВЫМЫСЕЛ.** На самом деле, один из наиболее опасных периодов, это период непосредственно после кризиса, или когда человек находится в больнице после попытки самоубийства. Неделя после выписки – это время, когда человек испытывает слабость и существует опасность того, что он может нанести себе вред. Так как поведение в прошлом является одним из факторов, определяющих поведение в будущем, склонный к суициду человек часто продолжать оставаться риском.

Миф 5: Суицид всегда передается по наследству.

**ВЫМЫСЕЛ.** Не каждое самоубийство можно связать с наследственностью, и тема эта недостаточно изучена. Наличие суицида в семье, однако, является существенным фактором риска суицидального поведения, в частности, если в семье существует история депрессивных расстройств.

Миф 6: Люди, совершившие попытку самоубийства или самоубийство, всегда будут страдать от психического расстройства. **ВЫМЫСЕЛ.** Суицидальное поведение связывают с депрессией, злоупотреблением психоактивными веществами, шизофренией и другими психическими расстройствами, вместе с деструктивным и агрессивным поведением. Однако не следует переоценивать значение такой связи. Относительное соотношение этих расстройств различно в разных местах, и есть случаи, в которых психическое расстройство не проявляло себя.

Миф 7: Если консультант разговаривает с пациентом о самоубийстве, то он (она) подает пациенту эту идею.

**ВЫМЫСЕЛ.** Ясно, что консультант не вызывает суицидальное поведение, простым вопросом о том, думают

ли пациенты о нанесении себе вреда. Фактически, признание существующего эмоционального состояния человека и нормализация вызванной стрессом ситуация являются необходимыми составляющими для уменьшения суицидальных идей.

Миф 8: Самоубийство совершают только «те, совсем другие люди», не такие, как мы. **ВЫМЫСЕЛ.** Самоубийство может совершить любой человек, и это подтверждается наличием самоубийств во всех типах общественного устройства и разных семьях.

Миф 9: Если человек один раз пытался покончить собой, он (она) больше никогда не совершит следующую попытку. **ВЫМЫСЕЛ.** На самом деле, *попытки самоубийства* – критически важный фактор, предсказывающий самоубийство.

Миф 10: Дети не совершают самоубийств, так как они не понимают, что смерть – это конец, и когнитивно не способны совершить сам акт самоубийства. **ВЫМЫСЕЛ.** Хотя и редко, но дети совершают самоубийства и *любое* проявление, в *любом* возрасте, должно восприниматься со всей серьезностью.

Учитывая эти неверные представления о самоубийстве, некоторые консультанты могут испытывать тревогу, чувствовать свою неподготовленность к работе с суицидальными личностями и должны развивать профессиональные умения консультирования в работе с такими людьми. Информация, подготовка и опыт проведения вмешательств во время суицидального кризиса, увеличивают компетентность консультанта. Подготовка должна включать в себя усовершенствование умения спокойно переносить сильные эмоции другого человека, ослабление собственной оборонительной позиции и пассивности консультанта, а также преодоление консультантом собственных, не нашедших разрешения проблем, связанных с переживанием утраты.

Кроме того, осознание факторов риска и понимание ситуаций риска являются критически важными компонентами деятельности консультанта.

## ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Комплексная оценка суицидального поведения является основой эффективного консультативного вмешательства и действий для предотвращения суицида. Изначальной целью экспертной оценки суицидального поведения является предоставление информации для предотвращения и консультирования. Оценка, впоследствии, ведет к клиническому заключению, консультативному вмешательству, предотвращению и вмешательству после факта совершения самоубийства. Каждая оценка суицидального поведения должна включать в себя следующее:

- Проверку имеющих отношение к суициду факторов риска
- Историю проявлений суицидального поведения
- Неизменяемые биологические, психосоциальные, психические, ситуативные условия, или состояние здоровья
- Степень проявления текущих суицидальных симптомов, включая уровень ощущения безнадежности
- Внезапные сильные факторы стресса
- Уровень импульсивности и самоконтроля
- Сведения о других сдерживающих факторах
- Защитные факторы

Оценка суицидального поведения требует установления поведенческих факторов и факторов риска, основного диагноза психического расстройства и определения степени

риска летального исхода. После того, как экспертная оценка будет завершена, важно определить степень риска суицида с точки зрения его величины. В приведенной внизу шкале за основу взят отрезок в масштабе от *несуществующий* риск самоубийства до *крайне высокая степень* риска самоубийства. Эта шкала может служить общим примером для такой классификации.

**1. Риск отсутствует.** По сути, риска нанесения себе вреда (челновредительства) не существует.

**2. Незначительный.** Суицидальные идеи ограничены, нет твердых планов или подготовки к нанесению себе вреда, известно всего лишь несколько факторов риска. Намерение совершить самоубийство не очевидно, но суицидальные идеи присутствуют. У индивидуума нет определенных планов и не было попыток самоубийства в прошлом.

**3. Умеренный.** На лицо твердые планы и подготовка с заметным присутствием суицидальных идей, возможно наличие попыток суицида в прошлом, и, по крайней мере, два дополнительных фактора риска. Или, при наличии более одного фактора риска суицида, присутствуют суицидальные идеи и намерение, но отрицается наличие четкого плана. Присутствует мотивация улучшить, по возможности, свое текущее эмоциональное состояние и психологический статус

**4. Высокий.** Четкие и твердые планы и подготовка к тому, чтобы причинить себе вред, или известно, что у индивидуума были многочисленные попытки самоубийства в прошлом, наличие двух или более факторов риска. Суицидальные идеи и намерения вербализуются наряду с хорошо продуманным планом и средствами для выполнения этого плана. Индивидуум проявляет когнитивную жесткость и отсутствие надежд на будущее, отвергает предлагаемую социальную поддержку, в прошлом были попытки самоубийства.

**5. Крайне высокий.** В прошлом многочисленные попытки суицида наряду с несколькими значительными и многообразными факторами риска. Крайне необходимо повышенное внимание и неотложные меры.

В конечном счете, консультант несет ответственность за выбор подхода и определение точки на шкале летальности, которая могла бы помочь выявить у отдельного индивидуума наличие потенциала на причинение себе смертельного вреда. Часто лучше совершить ошибку в сторону ложно-положительного, чем ложно-отрицательного определения. Данные оценки также могут быть полезны в сравнении уровней функционирования до начала и после окончания консультирования в целях проведения вмешательства и принятия мер предотвращения.

Оценка риска совершения самоубийства включает в себя клиническую беседу данные из формальной процедуры освидетельствования и сбор ценной сопутствующей информации от третьих лиц. Причины желая жить, или продолжать существование являются важными когнитивными факторами в оценке суицидального поведения и должны быть включены в планирование скринингов и лечения. И, последнее, экспертная оценка суицидального поведения должна быть многоаспектной и проводиться в контексте нормального развития личности и гендерных особенностей, истории семьи, злоупотребления психоактивными веществами, уровня изоляции, диагноза психиатра, уровня ощущения беспомощности/безнадежности, и демографических паттернов.<sup>3</sup>

В общем, оценка молодежи и детей должна включать, как минимум, перечисленное ниже:

- Клиническая беседа
- Наблюдение за поведением



- Сопутствующие сведения от родителей, учителей, родственников и друзей
- Оценку риска и ситуативные факторы
- Оценку формирования и восприятия идей, планов, намерения и причин желая жить
- Наличие и качество поддержки семьи и сверстников

## КОНТРОЛЬ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

К сожалению, не существует общепринятых установленных методик работы с суицидальной и потенциально суицидальной личностью. Однако консультативные службы должны реагировать на потребности суицидальной личности. Выявление, оценка и лечение суицидальной личности требуют рассмотрения множества важных переменных. Суицидальная личность обладает целым рядом потребностей, от потребности в получении информации, до нуждаемости в консультировании и лечении лекарственными препаратами. Зачастую назначается сочетание краткого поддерживающего консультирования и медикаментозной терапии для лечения депрессии или других типов поведения.

Когда человек занят мыслями о самоубийстве, важно начать немедленно предпринимать меры контроля. Это включает в себя оценку (например, уровень двойственности переживаний, импульсивности, ригидности и средств летальности причинения себе смертельного вреда), привлечение поддержки, установление договоренности и различные формы вовлечения и участия семьи, а также консультирование. Контроль за поведением суицидальной личности также может включать медикаментозное лечение или госпитализацию.

Контроль кризисной суицидальной ситуации не должен быть просто отдельным мероприятием. Зачастую существенно

важно, чтобы другие органы здравоохранения были включены и в некоторых случаях следует даже оповестить органы власти. Консультанты с большим количеством клиентов должны особенно четко осознавать свои способности эффективно преодолевать кризис. Кроме того, необходимо знать этические нормы и местное законодательство в отношении вовлечения третьих лиц.

Критически важно, чтобы консультанты сотрудничали с медицинскими работниками в предотвращении самоубийств. Консультанты, психологи, социальные работники, медсестры психиатрических кабинетов, психиатры и врачи должны взаимодействовать и сотрудничать, чтобы совместно предоставлять общественности информацию о природе самоубийства и устанавливать связи между центрами обслуживания и планами охраны психического здоровья и медицинского лечения.

Во время повышенного риска суицида консультанту очень важно.<sup>9</sup>

- Сохранять спокойствие и предлагать поддержку
- Не осуждать
- Поощрять полную откровенность
- Признавать самоубийство как один из вариантов, но не признавать самоубийство как «нормальный» вариант
- Участиливо выслушивать и категорически укреплять (усиливать) уход за собой
- Сконцентрировать процесс консультирования на «здесь и теперь»
- Избегать глубокого консультирования до тех пор, пока кризис не минует
- Обращаться к другим людям за помощью в оценке потенциала индивидуума причинить себе вред
- Задавать вопросы о конце жизни
- Устранять средства для ухода из жизни

- Принимать эффективные решения в ходе контроля кризисной ситуации

В целях уточнения последнего пункта следует сказать, что эффективные в ходе контроля кризисной ситуации решения – это производное заранее продуманного плана для разных типов личности, факторов риска и уровней потенциального вреда. Консультанты, работающие с отдельными группами населения или в особых условиях, могут разработать планы контроля суицида для своих конкретных групп, ситуаций или контекста. Например, консультанты, контролирующие кризис у амбулаторно наблюдаемого ребенка, должны иметь четкий план, который, скорее всего, будет отличаться от вмешательства, проводимого взрослому человеку в домашних условиях или в больнице, где можно легко и быстро привлечь персонал отделения скорой помощи или врачей. Четкие и определенные планы контроля суицида не только обеспечивают качество ухода, но также включают в себя внешние ресурсы и гарантируют, что никто не окажется забытым в системе охраны здоровья.

Несмотря на недостаточное количество доказательств полезности контрактов (договоров) с пациентами, многие консультанты выступают за такие отношения договоренности с потенциально суицидальной личностью, так как в этом есть своя потенциальная польза. Однако, после попытки суицида, все способы общения между персоналом консультативного офиса, медицинскими работниками, семьей и жертвой должны быть открыты и эффективны. Проведение с консультантами упражнений для отработки вариантов ответа на попытку суицида может увеличить чувство уверенности в своих силах всех работающих с ситуацией кризиса.

Критически важно для консультанта установить такие отношения со склонной к суициду личностью, в которых будет определенная степень веры в консультанта и доверия к нему.

Потенциально суицидальная личность должна чувствовать, что может поделиться с консультантом и верить, что консультант готов справиться с критической ситуацией. По сути дела, консультанту необходимо гарантировать безопасность индивидуума в процессе снижения кризиса.

Для контроля суицида консультант должен спросить, есть ли у индивидуума намерения нанести себе вред или покончить собой. Например, консультант может задать следующие вопросы:

- Думали ли Вы о причинении себе вреда?
- Вы думаете о том, чтобы уйти из жизни?
- Размышляли ли Вы о самоубийстве?
- Вы когда-нибудь думали или думаете в настоящее время о причинении себе вреда?
- Чувствовали ли Вы себя настолько плохо, что у Вас возникают мысли о причинении или нанесении себе вреда?
- Составили ли Вы для себя план ухода из жизни?
- Есть ли у Вас план, как Вы будете это делать?

Конечно же, эти вопросы должны быть заданы в подходящей для каждого конкретного индивидуума форме в конкретной социо-культурной обстановке.

Люди с **незначительной степенью** риска суицида, как правило, требуют переосвидетельствования и наблюдения в течение определенного промежутка времени на предмет потенциального суицида, следует помнить, что эта категория может усугубиться до категории умеренной степени риска, или выше. Для личности из категории **умеренной степени** риска необходимы периодически повторяющиеся переосвидетельствования на предмет госпитализации, активное вовлечение систем поддержки, круглосуточная готовность к чрезвычайной ситуации, медицинское

освидетельствование и по мере необходимости реабилитационное поддержание консультативных контактов. Если личность переходит в категорию **серьезного** (т.е., **крайне высокого** риска), избежать ограничительных вмешательств, как правило, не удастся, и может потребоваться принудительная госпитализация. Зачастую лучше всего, если лечение проводится в минимально ограничивающей среде, предоставляющей ощущение безопасности и надежности. Обеспечение непрерывного ухода и принятие к сведению определения психических расстройств по *ICD (Международной классификации болезней)* или *DSM (Диагностического и статистического руководства по психическим заболеваниям)* может помочь в составлении плана лечения и выявления потенциальной потребности в медицинском психиатрическом освидетельствовании.

В ходе контроля суицида для консультанта важно не выражать личные этические, религиозные, или философские убеждения, так как это может способствовать блокированию контакта и общения, и враждебно настроить суицидальную личность. Потенциально полезные ресурсы, как личные, так и со стороны общества, необходимо проговорить с самим индивидуумом. В качестве ресурса можно использовать семью, друзей, священнослужителей, религиозных целителей и другие источники поддержки. Также необходимо не давать никаких обещаний в отношении конфиденциальности суицидальных намерений личности.

Риск рецидива попыток самоубийства выше в течение первого года после попытки. Поэтому консультанту необходимо предвидеть интенсивные последующие контакты и реабилитационные услуги, включая патронажный уход, продолжающиеся контакты и поддержка по телефону, а в некоторых случаях и визиты на дому. В конечном итоге, консультантам нужно разобраться с тем, как часто индивидууму нужны подобные контакты, какие консультанты и

как долго могут предоставить реабилитационные услуги. Преждевременное прерывание консультирования и неадекватная реакция на лечение может иметь неблагоприятный прогноз возможного в будущем самоубийства.

Консультирование должно быть подобрано под нужды личности и часто включает в себя когнитивно-поведенческую терапию, диалектическую поведенческую терапию, психодинамическую терапию и семейное консультирование. Среди полезных элементов терапевтического процесса с суицидальной личностью можно отметить стимулирование выхода сильных эмоций и беспристрастного рассмотрения саморазрушающих типов поведения, одновременно с поощрением личной автономии. Признание и преодоление ощущений беспомощности, безнадежности, отчаяния, наряду с развитием самосознания и положительных представлений о себе, являются критически важными элементами процесса консультативной работы с суицидальной личностью.

Выявление посылы (основного сигнала), который индивидуум пытается сообщить и/или проблемы, которую он (она) пытается решить путем суицидального поведения также считается общепринятым полезным вмешательством. Предоставление суицидальной личности возможности выразить себя может помочь развеять кризисную ситуацию. Однако консультанты должны быть осторожны, полагаясь только на вербальное общение, так как отсутствие или отрицание суицидальной идеи может маскировать истинное намерение самоубийства. Неосуждающая поддержка, активное слушание и умение задавать существенно важные и прощупывающие вопросы могут помочь выявить, какие именно сигналы пытается подать суицидальная личность.

## КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Консультирование уместно для всех детей и подростков с проявлениями суицидального поведения и должно основываться на когнитивно-поведенческом лечении с акцентом на развитие умений психологической адаптации. Среди целей эффективного консультирования можно отметить лучшее понимание личностью собственного «я», выявление конфликтующих эмоций, повышение самоуважения, изменение неадаптивного поведения, тренировка умения успешного разрешения конфликтов и более активное общение со сверстниками.

Учащиеся скорее всего обратятся к другу на начальном этапе возникновения идеи суицида. Обучение учащихся умению распознать сверстников группы риска такого поведения может помочь оказать им именно ту помощь, в которой они нуждаются. Было выявлено, что программы консультирования равных (сверстников, ровесников) улучшают знания учащихся о факторах суицидального риска, о том, как звонить в кризисный центр или горячую линию и как порекомендовать другу/подруге обратиться к консультанту. Учащимся необходим форум, где они могут получить информацию, задать вопросы, узнать о том, как можно помочь себе и другим в случае навязчивого повторения мыслей о суициде. К сожалению, только приблизительно 25% учащихся рассказывают взрослым, если у их друга/подруги возникла идея суицида. Однако тщательно продуманные и подготовленные презентации консультантов в учебных аудиториях могут помочь увеличить эти цифры.

Вовлечение родителей и объединение усилий с другими организациями здравоохранения и школами также являются действенными мерами профилактики. В школах, где проводятся программы предотвращения самоубийств,

следует привлекать родителей к совместной работе со школой по просвещению, выявлению и оказанию помощи молодым людям с идеей суицида. Учителя проводят много времени с детьми и подростками и так же, как правило, могут служить хорошим источником информации об учащихсся с нарушениями психического здоровья. Более того, при правильной подготовке школьный персонал может выявлять факторы суицидального риска среди учащихсся. Когда суицидальное поведение проявляется в школьной обстановке, важно связаться с родителями и обеспечить, чтобы учащийся прошел соответствующее освидетельствование и получил поддержку до возвращения в школу, а уже вернувшись в школу, был положительно встречен.

Часто учащимся, которые столкнулись с самоубийством в своей среде, необходим разговор о происшедшем для понимания того, что случилось. Групповое консультирование для переживших смерть близкого человека, проводимое в школе, может быть успешным в оказании учащимся помощи адаптации к потере сверстника или друга, совершившего самоубийства. Этот процесс может облегчить реальность потери, помочь приспособиться к окружающей школьной обстановке без ушедшего из жизни учащегося, а также дать учащемуся положительное направление на продолжение жизни. Когда дети испытывают смешанные чувства потери, боли, гнева или фрустрации, внимание должно быть сосредоточено на потенциальной идее и намерении суицида. Такие консультативные вмешательства должны включать в себя реабилитационные услуги, так как дети какой-то период времени сразу после самоубийства друга/подруги или одноклассника могут испытывать большие трудности.

Контроль суицида среди подростков приобретают все большую важность в связи со злоупотреблением психоактивными веществами, расстройствами личности, импульсивностью<sup>10</sup> и натянутыми отношениями со



сверстниками. В более серьезных случаях, размышляющие о самоубийстве подростки нуждаются в постоянном наблюдении. Если семья не может предоставить такой уровень наблюдения, а подростка невозможно контролировать, то его (ее) следует госпитализировать для обеспечения соответствующего внимания и ухода. К сожалению, госпитализация не может быть гарантией; подростки, намеревающиеся причинить себе вред, все равно могут найти способ осуществить такую саморазрушающую цель. После госпитализации ребенку или подростку необходимы реабилитационные услуги, предоставляемые соответственно подготовленными для этого медицинские работники, включая консультантов. В этот период времени консультирование должно быть сфокусировано на снижении болезненных фантазий о смерти, неприятии, враждебности, потере и наказании, а также на стабилизации ситуации и продумывании психофармакологического освидетельствования.<sup>1,11</sup>

С точки зрения предотвращения самоубийств, первичный, вторичный и третичный уровень вмешательства являются важными факторами. Первичный уровень – это работа с группами людей, которые пока не проявляют симптомы патологических суицидальных нарушений, или нарушения носят ограниченный характер. Предотвращение должно сконцентрироваться на поддерживающем и увеличивающемся ролевом функционировании в межличностном и социальном контексте, а также на существенном снижении эмоциональных, физических и экономических рисков.

Обучающие программы в школе могут помочь учителям научиться распознавать учащихся с потенциально суицидальным поведением и тренировать учащихся так, чтобы они знали, как помочь своим находящимся в сложной ситуации сверстникам. Программы, рассчитанные на широкие слои общественности и ставящие во главу угла хорошее

состояние психического здоровья также могут быть полезны для предотвращения самоубийств. Хотя эффективность их и не всегда однозначна, основное усилие в предотвращении самоубийств во многих регионах направлено создание кризисных центров и горячей линии.

## ДЛЯ КОНСУЛЬТАНТОВ, КЛИЕНТ КОТОРЫХ СОВЕРШИЛ САМОУБИЙСТВО

Суицидальное поведение – один из самых распространенных кризисов психического состояния пациента, с которым сталкиваются консультанты. Беседы с коллегами и руководителями, углубление принятия того, что самоубийство – один из возможных результатов консультирования, проведение «психологического вскрытия», посещение похорон, вот что называют из опыта самыми важными стратегиями для тех консультантов, которым приходится пережить смерть клиента. Кроме того, консультанты должны осознавать собственные трудности в понимании смерти и самоубийства и не позволять этим трудностям стоять на пути их работы суицидальной личностью.

Тревожные эмоции, связанные со смертью, являются центральными в способности консультанта работать с суицидальной личностью. Существует связь между ценностями и отношением самого консультанта к самоубийству и связанной с ними успешностью работы с суицидальным клиентом. Если клиент совершает самоубийство, работавшему с ним (нею) консультанту потребуется разбор ситуации, включающий восстановление предшествующих самоубийству событий, выявление приведших к смерти факторов, оценку ответных действий группы специалистов в области психического здоровья, и составление выводов для улучшения усилий вмешательства в будущем. Консультанты, пережившие в своей практике

работы завершившееся смертью самоубийство, могут испытывать разнообразные чувства, от гнева и негодования до вины, грусти и симптомов посттравматического стресса. На этом этапе огромную роль приобретает поддержка коллег.

## РАСПРОСТРАНЕНИЕ В ОБЩЕСТВЕ ПОЛЕЗНОЙ ИНФОРМАЦИИ О САМОУБИЙСТВЕ

Консультанты могут предоставить полезную для широких масс просветительскую информацию, которая может помочь снизить количество самоубийств. Например, для консультантов важно обнародовать тревожные предупредительные признаки суицидального поведения. Просвещение в области суицида может помочь общественности осознать эти предупредительные признаки суицида, развеять мифы о самоубийстве, одновременно подать надежду тем, кто потенциально суицидален и нуждается в переосмыслении стоящих перед ним (нею) альтернатив. Общественные организации, работники первичной медико-санитарной помощи и консультанты могут принести пользу, распространяя такую информацию о суициде, как, например, особые обстоятельства (т.е., потеря работы и, как следствие, прочности семейных отношений) и факторы риска (т.е., депрессия, психические расстройства, нарко- и алкогольная зависимость, наследственность).

Более того, для консультантов важно работать в школах, помогая информировать и просвещать учителей и родителей в способах выявления учащихся, которые относятся к группе риска совершения самоубийства. Школьные консультанты должны обучить учащихся умению определять суицидальное поведение и и дать информацию о том, как и где найти помощь. Например, учащиеся в программах по предотвращению самоубийств нуждаются в информации и

тренинге умения проявлять эмпатию, умения активно слушать, а также доходить до тех друзей, которым может понадобиться помощь. Кроме того, полезная информация, помогающая учащимся выстоять во время проявления бури эмоций разрекламированного самоубийства или попытки самоубийства играет большую роль и способствует предотвращению так называемых самоубийств за компанию, из подражания, еще их называют кластерными самоубийствами. Центры по контролю за заболеваемостью США разработали рекомендации, которые широко используются для снижения таких кластерных (из подражания, за компанию) самоубийств.<sup>12</sup>

Для консультантов важно иметь готовый план общения со средствами массовой информации в случае самоубийства. Этот план должен включать в себя просьбу к журналистам не восхвалять, не идеализировать и не драматизировать смерть с целью попытки предотвратить возможность самоубийств из подражания. Для получения более подробной информации по этому вопросу, консультантам следует прочитать: *Preventing Suicide: a resource for media professionals*.<sup>13</sup> («Предотвращение самоубийств: справочное пособие для работников СМИ». На английском языке.)

Группы с программами самоусовершенствования для людей, переживших самоубийство, являются конструктивным методом вмешательства после факта самоубийства. Такая групповая работа по самоусовершенствованию, которую организуют оставшиеся в живых, может предоставить полезную информацию о процессе переживания после тяжелой утраты, информацию о самоубийстве, а также различные роли профессиональных консультантов в оказании помощи пережившим утрату.

Консультанты, работающие с группами переживших самоубийство, могут предоставить огромное утешение друзьям и семьям погибших от собственной руки. Эмоции

переживших утрату часто колеблются между чувством вины, ярости и горя. В таких ситуациях консультанты могут предоставить им возможность осознать то, что они чувствуют. Многие семьи говорят о потребности в консультативной помощи сразу же после попытки самоубийства. Такое консультирование может помочь семьям справиться со стрессом, вызванным попыткой, и прояснить их роль во взаимоотношениях и оказании помощи совершившему попытку. Или помочь друзьям и родственникам совершившего самоубийство.

Там, где это уместно, консультанты также могут помочь родным и друзьям лучше понять влияние душевных расстройств на суицидальное поведение и снизить риск самоубийств из подражания, или социальных самоубийств. Групповое консультирование после свершившегося факта включает в себя такие приемы, как снижение стресса и чувства потери, связанные с самоубийством и способствует более быстрому восстановлению состояния скорбящего о потере.

Консультанты могут помочь людям принять самоубийство, продолжать жить с положительным настроением и развить в себе умение справиться с потерей путем организации группы оставшихся в живых. Для получения дополнительной информации о том, как организовать подобную группу.

Консультанты должны прочитать: *Preventing suicide: how to start a survivors' group*.<sup>14</sup>

(«Предотвращение самоубийств: как организовать группу для оставшихся в живых». На английском языке.)

## ССЫЛКИ В ИНТЕРНЕТЕ

Полезную информацию можно получить в онлайн-режиме на следующих сайтах (данные на апрель 2006 года)

The International Association for Suicide Prevention

<http://www.med.uio.no/iasp/>

The Australian Network for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health <http://auseinet.flinders.edu.au/>

The International Academy for Suicide Research <http://www.uni-wuerzburg.de/IASR/>

The American Association of Suicidology

<http://www.suicidology.org/>

The American Foundation for Suicide Prevention

<http://www.afsp.org>

The Suicide and Mental Health Association International

<http://www.suicideandmentalhealthassociationinternational.org/>

Befrienders International <http://www.befrienders.org/>

Samaritans <http://www.samaritans.org.uk/>

International Federation of Telephone Emergency Services

<http://www.ifotes.org/>

LifeLine International <http://www.lifeline.web.za/>

The Suicide Prevention Action Network <http://www.spanusa.org>

<http://www.infosuicide.org> (in French)

## СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

1. Popenhagen MP, Qualley RM. Adolescent suicide. Detection, intervention, and prevention. *Professional school counseling*, 1998, 1: 30-35.
2. Patel V, Thara R. *Meeting the mental health needs of developing countries: NGO innovations in India*. New Delhi: Sage, 2003.
3. Westefeld JS, Range LM, Rogers JR, Maples MR, Bromley JL, Alcorn J. Suicide: An overview. *The counseling psychologist*, 2000, 28: 445-510.
4. Rogers, JR. Suicide risk assessment. In: ER Welfel & RE Ingersoll (eds.). *The mental health desk reference*. New York: Wiley, 2001, 259-264.
5. Collins BG, Collins TM. *Crisis and trauma: Developmental-ecological intervention*. Boston: Houghton Mifflin, 2005.
6. Sanchez HGT. Risk factor model for suicide assessment and intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2001, 32: 351-358.
7. Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999, 60 (Suppl. 2): 70-74.
8. Blumenthal S. Youth suicide: Risk factors, assessment, and treatment of adolescent and young adult suicide patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 1990, 12: 511-556.
9. Capuzzi D, Gross D. "I don't want to live:" The adolescent at risk for suicidal behaviour. In D. Capuzzi & D. Gross (eds.).

*Youth at risk: A prevention resource for counsellors, teachers and parents.* Alexandria, VA: American Counseling Association, 2000, 3<sup>rd</sup> edition, 319-352.

10. Stoelb M, Chiriboga J. A process model for assessing adolescent risk of suicide. *Journal of Adolescence*, 1998, 21: 359-370.
11. Pfeffer CR. Clinical perspectives on treatment of suicidal behavior among children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 1990, 20: 143-150.
12. Centers for Disease Control. CDC Recommendations for a community plan for prevention and containment of suicide clusters. *Morbidity and mortality weekly report*, 1994, 37 (Suppl. 6):1-12.
13. World Health Organization. *Preventing suicide: A resource for media professionals.* Geneva: World Health Organization, 2000.
14. World Health Organization. *Preventing suicide: how to start a survivors' group.* Geneva: World Health Organization, 2000.







## Preventing suicide: a resource series

1. A resource for general physicians
2. A resource for media professionals
3. A resource for teachers and other school staff
4. A resource for primary health care workers
5. A resource for prison officers
6. How to start a survivors group
7. A resource for counsellors
8. A resource at work



World Health  
Organization

Department of Mental Health and Substance Abuse  
Management of Mental and Brain Disorders

ISBN 92 4 159431 4



9 789241 594318