



## **10 СЕНТЯБРЯ – ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ СУИЦИДОВ СУИЦИДОВ**

Суициды являются актуальной медикосоциальной проблемой в большинстве стран мира, они составляют 50% всех насильственных смертей у мужчин и 71% у женщин

Девиз - «Подарить надежду благодаря действию»

Этот девиз также означает, что наши действия — независимо от того, велики они или малы, — могут подарить надежду тем, кто испытывает трудности.

**Каждые 40 секунд в мире происходит попытка самоубийства.  
Ежегодно более 700 000 человек кончают жизнь самоубийством.**

Всемирный день предотвращения самоубийств — международная дата - 10 сентября, которая отмечается по рекомендации Всемирной Организации Здравоохранения по всей планете ежегодно, начиная с 2003 года. Этот день призван привлечь внимание профессионалов и общественности к проблеме суицидального поведения и содействовать активизации деятельности по предотвращению самоубийств во всем мире.

Глобальной целью Всемирного Дня предотвращения самоубийств является снижение суицидальной активности населения (уменьшение количества и уровня суицидов).

На протяжении своей жизни человек часто переживает разнообразные кризисные ситуации: смерть члена семьи, разрыв отношений с партнёром, финансовые потери, тяжёлые болезни, профессиональные неудачи, увольнение с работы и множество других.

Многие из этих событий связаны с тяжёлыми чувствами вины, страха, горя, стыда, ощущениями «потери смысла» и невозможности утраты и другими. В большинстве случаев люди способны находить в себе силы справиться с переживаниями и адаптироваться к новым жизненным ситуациям и своему месту в мире. Часто это трудно сделать в одиночку. Тогда поддержка других может оказаться тем спасательным кругом, который помогает человеку выжить

Количество самоубийств по странам на 100 000 населения

№	Страна	2000	2010	2020
	Мир	12.9	11.5	10.1
1	Литва	50.7	37.3	31.9
2	Россия	52.6	40.0	31.0
3	Гайана	23.4	26.8	29.2
4	Корея	14.8	34.1	26.9
5 (23)	Беларусь	43.1	38.2	26.2 16.9 (21)
6	Суринам	23.5	27.0	22.8
7	Казахстан	34.0	32.7	22.5
8	Украина	36.9	27.1	22.4
9	Лесото	18.0	20.1	21.2
10	Латвия	34.7	22.7	21.2

11	Бельгия	22.7	21.3	20.7
12	Венгрия	32.5	26.0	19.1
13	Словения	32.4	20.7	18.6
14	Япония	24.7	24.4	18.5
15	Уругвай	17.4	16.6	18.4
16	Эстония	29.5	18.3	17.8
17	Франция	22.3	20.2	17.7
18	Швейцария	21.8	16.2	17.2
19	Хорватия	21.3	18.6	16.5
20	Экваториальная Гвинея	15.5	16.7	16.4

27	США	11.3	13.2	15.3
28	Швеция	15.6	15.3	14.8
36	Германия	14,7	13,7	13,6
66	Китай	13,2	10,9	9,7

		2000	2010	2020
160	Марокко	6.9	3.7	2.9
161	Пакистан	3.4	3.1	2.9
162	ОАЭ	3.2	3.0	2.8
163	Гватемала	3.2	2.9	2.7
164	Таджикистан	3.0	2.5	2.7
165	Азербайджан	2.2	3.1	2.6
166	Гондурас	2.3	2.5	2.6
167	Кувейт	2.0	1.9	2.3
168	Ямайка	2.3	2.0	2.2
169	Барбадос	2.1	2.1	2.0
170	Сирия	1.3	1.9	1.9
171	Гренада	1.9	0.9	0.9
172	Антигуа и Барбуда	2	0.3	0.5

**Суицидальное поведение** — аутоагрессивное поведение, проявляющееся в виде фантазий, мыслей, представлений или действий, направленных на самоповреждение или самоуничтожение и, по крайней мере, в минимальной степени мотивируемых явным или скрытым намерением смерти.

**Суицидальное поведение подразделяется на внутренние и внешние формы.**

**Внутренние формы:**

- Антивитальные переживания — размышления об отсутствии ценности жизни без четких представлений о своей смерти.
- Пассивные суицидальные мысли — фантазии на тему своей смерти, но не лишения себя жизни.
- Суицидальные замыслы — разработка плана суицида.
- Суицидальные намерения — решение к выполнению плана.

### **Внешние формы:**

- Самоубийство (суицид) — намеренное, осознанное и быстрое лишение себя жизни.
- Суицидальная попытка (парасуицид) — не закончившееся смертью намеренное самоповреждение или самоотравление, которое нацелено на реализацию желаемых субъектом изменений за счет физических последствий.
- Прерванная суицидальная попытка (прерванный парасуицид) — акт, предпринятый с целью намеренного самоповреждения или самоубийства, но прерванный до реального самоповреждения внешними обстоятельствами (например, вмешательство посторонних предотвратило физическое повреждение: человека «сняли» с рельсов до прохода поезда, прервали акт самоповешения и т. п.).
- Абортивная суицидальная попытка (абортивный парасуицид) — акт, предпринятый с целью намеренного самоповреждения или самоубийства, но прерванный до реального самоповреждения непосредственно самим субъектом.

#### **Самоповреждающее поведение (селфхарм)**

Селфхарм — форма аутоагрессии, которая выражается в умышленном или подсознательном стремлении наносить телесные повреждения самому себе. В большинстве случаев аутодеструктивные действия совершаются без намерения покончить с собой, а с целью испытать физическую боль. Несуицидальное самоповреждающее поведение (НССП) сопровождается ментальными нарушениями, психопатическими расстройствами, реактивными состояниями. Эпизоды аутоагрессии встречаются и у психически здоровых людей, переживающих сложные жизненные ситуации.

#### **Самоповреждающее поведение (селфхарм)**

Селфхарм — форма аутоагрессии, которая выражается в умышленном или подсознательном стремлении наносить телесные повреждения самому себе. В большинстве случаев аутодеструктивные действия совершаются без намерения покончить с собой, а с целью испытать физическую боль. Несуицидальное самоповреждающее поведение (НССП) сопровождается ментальными нарушениями, психопатическими расстройствами, реактивными состояниями. Эпизоды аутоагрессии встречаются и у психически здоровых людей, переживающих сложные жизненные ситуации.

### **Профилактика суицидов**

Проблема самоубийства во многом является закрытой в нашей культуре. Часть информации мы получаем через прессу, часть на примерах личного опыта рядом живущих людей, но в целом, говорить о смерти достаточно сложно.

Безусловно, самоубийство — далеко не самая приятная тема для беседы. Однако жизнь показывает, насколько важно обсуждать ее как с профессионалами (врачами, психологами, психотерапевтами, учителями), так и просто с людьми.

По статистике в 70% случаев люди, находящиеся в кризисной ситуации, ищут поддержку и помощь в кругу семьи и/или друзей-сверстников, в 20% - у педагогов, и только в 10% случаев обращаются к специалистам (врачам соматического профиля, психологам, психиатрам). Во многом от внимательного отношения и своевременного реагирования окружающих (родителей, педагогов, сверстников, медицинских работников) зависит: реализует или остановит свой суицидальный план

### **МОТИВЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

- Крик о помощи», призыв. Мотив и смысл суицидального акта (как правило, это суицидальная попытка) — обретение помощи. В представлении страдающего человека иные способы обратить на себя внимание кажутся не столь действенными. При этом индивид действительно может находиться в «невнимательном», игнорирующем окружении либо не использует более адекватных средств предъявления своих потребностей.
- Протест, месть, наказание «значимого другого». Движущими эмоциями суицидального акта (как попытки, так и суицида) в данном случае являются стыд, гнев и обида. Суицидальные действия

могут стать как формой наказания обидчика, который либо сильнее, либо слишком уважаем и любим пострадавшим индивидуумом, так и способом принуждения его изменить свое поведение.

- Самоповреждение как избежание непереносимой жизненной ситуации. Суицидальная попытка или суицидальные угрозы могут стать мощным оружием, вызывающим чувство вины и страх у людей, эмоционально значимых для данного индивида. Примеры можно найти в различных сферах межличностных и социальных отношений: попытка сохранить партнерские отношения; облегчение условий содержания заключенного после самоповреждения; изменение финансовых притязаний кредитора и другие ситуации. С разной степенью осознанности суицидальный акт может использоваться как средство манипуляции другими. Причем степень его опасности для индивида может оставаться весьма высокой.

## **Предрассудки и факты о суициде**

**Предрассудок 1:** Большинство самоубийств совершается без предупреждения, поэтому невозможно ничего предпринять для его предотвращения.

**Факт:** Большинство людей подают предупреждающие сигналы о своих реакциях или чувствах из-за событий, подталкивающих к самоубийству. Эти сигналы (или призывы о помощи) могут подаваться человеком в форме прямых высказываний, физических (телесных) признаков, эмоциональных реакций или поведенческих проявлений. Они сообщают о возможности выбора самоубийства как средства избавления от боли, снижения напряжения, сохранения контроля или преодоления утраты.

**Предрассудок 2:** Говоря о самоубийстве можно подать идею о совершении этого действия. Безопаснее полностью избегать этой темы.

**Факт:** Беседа о самоубийстве не порождает и не увеличивает риска его совершения. Напротив, она снижает его. Лучший способ выявления суицидальных намерений - прямой вопрос о них.

**Предрассудок 3:** Если человек говорит о самоубийстве, то он его не совершит.

**Факт:** Люди, сводящие счеты с жизнью, обычно перед этим прямо или косвенно дают знать кому-нибудь о своих намерениях. Четверо из пяти людей, намеревающихся покончить с собой, перед смертью в той или иной форме говорят об этом желании с другим человеком. Отказ от серьезного отношения и участия в этих разговорах способствует наступлению смерти от самоубийства.

**Предрассудок 4:** Суицидальные попытки, не приводящие к смерти, являются лишь формой поведения, направленной на привлечение внимания. Подобное поведение достойно игнорирования или наказания.

**Факт:** Суицидальные формы поведения или "демонстративные" действия некоторых людей представляют собой призыв или просьбу о помощи, посылаемую другим людям. Если никто не откликнется, то очень легко происходит переход от отчаянного крика о помощи к выводу, что никто уже никогда не поможет – и, соответственно, от отсутствия серьезных намерений умереть, к отчетливому стремлению покончить собой.

**Предрассудок 5:** Те, кто кончают с собой – психически больны и им ничем нельзя помочь.

**Факт:** Действительно, наличие психического заболевания является фактором высокого риска самоубийства. Однако многие, очень многие совершающие самоубийство люди не страдают никаким психическим заболеванием. Для них это всего лишь временная ситуация, из которой они не видят другого выхода.

**Предрассудок 6:** Если человек однажды предпримет суицидальную попытку, то он больше ее уже не повторит. Сама совершенная попытка предотвращает возможность дальнейших суицидальных действий.

**Факт:** Хотя большинство лиц, совершивших суицидальную попытку, обычно не переходят к самоубийству, однако многие из них повторяют эти попытки. Частота самоубийств у лиц, ранее совершавших суицидальные попытки, в 10 раз выше, чем среди населения.

**Предрассудок 7:** Злоупотребление алкоголем и наркотиками не имеет отношения к самоубийствам и даже наоборот: алкоголь и наркотики помогают забыть о проблемах.

**Факт:** Зависимость от алкоголя и наркотиков является фактором риска суицидального поведения. Пьянство и наркотики, особенно, в состоянии отмены, могут существенно способствовать сведению счетов с жизнью.

## **МОТИВЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

- Смерть как избежание страдания. В субъективном представлении человека, страдающего душевной болью и/или тяжелым соматическим недугом, смерть часто представляется как способ прерывания мучений. Например, индивиду в состоянии депрессии жизнь представляется бесперспективной, мучения — бесконечными, собственное «Я» — ничемным, окружающий мир — злым и наказывающим.
- Наказание себя. Одна из важнейших человеческих эмоций, воспитываемых социумом с раннего возраста — это эмоция вины. Функции вины — сдерживание человеческой гетероагрессии и стимуляция сочувствия. Однако очень часто чувство вины гипертрофировано и не соответствует реальным поступкам человека. Чувство вины усиливается в случае переживания потери и горя, в состоянии депрессии. Неадаптивный способ «облегчения» чувства вины — самонаказание, в т. ч. с помощью суицидальных актов.
- Жертвоприношение. Мотив обусловлен бессознательной фантазией аннулировать последствия некоего действия (реального или фантазийного), вызывающего чувство вины, или альтруистическим желанием «спасти» кого-либо (умершего или страдающего). В жертвоприношении работает неосознаваемая и идущая из раннего детства фантазия о собственном всемогуществе.
- Воссоединение. Мотив, исходящий из фантазии о воссоединении с любимым человеком после смерти. Такие представления могут становиться актуальными при переживании тяжелой утраты.

### **ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

**Пол.** Уровень суицидов у мужчин в 3–6 раз выше, чем у женщин. Уровень суицидальных попыток несколько выше среди женщин.

**Возраст.** Уровень суицидов в популяции увеличивается с возрастом, и достигает максимума после 45 лет. Максимум суицидальных попыток приходится на молодой возраст — 20–29 лет.

**Семейное положение.** Уровень суицидов выше среди лиц, не состоящих в браке, разведенных, вдовых, бездетных и проживающих в одиночестве.

**Профессиональный статус.** Нарушение профессионального стереотипа (потеря работы, выход на пенсию, статус безработного) ассоциируются с увеличением риска суицида.

**Религия.** Уровни суицидов выше среди атеистов по сравнению с верующими. Среди основных конфессий максимальные уровни суицидов регистрируются у буддистов, минимальные — у мусульман; христиане и индуисты занимают промежуточное положение.

**Медицинские факторы суицидального риска**

**Психическая патология.** Психические расстройства являются серьезнейшим ФР суицида. Самые частые среди них — расстройства настроения (РН), расстройства личности (РЛ) и зависимость от психоактивных веществ (ПАВ), шизофрения. Риск суицида значительно усиливается при сочетании ряда психопатологических синдромов (например, депрессии и зависимости от ПАВ и др.) или психического расстройства и соматического заболевания.

**Депрессия.** По мнению ряда исследователей, умеренный или тяжелый депрессивный эпизод предшествует 45–70% суицидов. Риск суицида у пациентов, страдающих депрессией, является очень высоким (8–30%) независимо от характера и течения расстройства. Однако ряд клинических особенностей депрессии может ассоциироваться с исключительно высоким риском самоубийства: депрессивный или смешанный эпизод в клинике БАР, особенно II типа; частые смены фаз (4 и более фаз/год); переход от мании к депрессии; коморбидность депрессии с зависимостью от ПАВ; сочетание депрессии с тревогой; восстановление физической активности до улучшения настроения в процессе лечения антидепрессантами.

**Синдром зависимости от алкоголя.** От 10 до 22% умирающих в результате суицида страдают алкогольной зависимостью. Уровни суицидов в выборках зависимых от алкоголя достигают 270/100000, что почти в 20 раз превышает показатели в общей популяции (14–17/100000).

Увеличение риска связано с принадлежностью к мужскому полу, возрастом после 40 лет, агрессивным и импульсивным поведением, коморбидностью с другими психическими расстройствами, особенно с депрессией.

Синдром зависимости от опиатов. Уровень суицидов в выборках героиновых наркоманов колеблется в диапазоне 82–350/100000. Увеличение риска в отличие от алкоголизма не зависит от пола и ассоциировано с молодым возрастом до 40 лет, коморбидностью с РЛ и депрессией, состоянием синдрома отмены.

Шизофрения. Риск суицида в этой группе пациентов составляет 10-12%, а уровень суицидов колеблется от 147 до 752 на 100000 пациентов в год. Увеличение риска коррелирует со следующими клиническими особенностями: возраст до 40 лет; высокая критичность по отношению к болезни; низкий уровень негативной симптоматики; депрессивная симптоматика; вербальные императивы; интенсивная тревога и страх; бредовые идеи виновности; коморбидность (зависимость и др.); первая декада болезни; паркинсонизм и акатизия; частые короткие госпитализации в течение года; первые 7–10 дней после выписки из стационара.

Расстройства личности. Максимальный риск СП (3–9%) связан с эмоционально-неустойчивым РЛ (ЭНРЛ), для которого характерна эмоциональная лабильность, напряженные межличностные отношения, смены идеализации и обесценивания объекта привязанности, импульсивность, чувство «опустошенности» и «бессмысленности», дихотомическое мышление и пр. Характерно то, что ЭНРЛ часто сочетается с РН и зависимостью от ПАВ. Сочетание этих трех клинических состояний является сильнейшим предиктором СП.

**Соматическая патология**

Связь между соматической патологией и СП очень велика. По данным исследований, примерно 70% людей, совершающих самоубийство, страдают острым или хроническим заболеванием на момент смерти. Группу повышенного суицидального риска составляют лица с тяжелыми хроническими заболеваниями. Кроме физических страданий или хронического болевого синдрома данные заболевания приносят массу негативных социально-психологических последствий для пациента. В связи с этим соматические заболевания часто сочетаются с депрессией.

## **Биографические факторы суицидального риска**

### **Суицидальные попытки в анамнезе**

Наличие суицидальной попытки в анамнезе является одним из наиболее значимых ФР суицида и повторного парасуицида. Около 30–40% лиц, совершивших суицидальные попытки, предпринимают повторные суицидальные действия. Риск повтора суицидальной попытки наиболее высок в течение 3 месяцев после первой.

### **Суицидальное поведение биологических родственников**

Среди биологических родственников людей, совершающих суицидальные действия, уровень суицидов выше, чем в общей популяции. Это связано с закономерностями наследования психических расстройств, а также определенных поведенческих особенностей личности (импульсивность).

### **Суицидальное поведение «значимых других»**

В некоторых случаях большое значение имеет копирование поведения эмоционально значимых лиц (родных, партнеров, кумиров массовой культуры и др.). Поведение посредством моделей характерно для детей, подростков, членов религиозных сект.

### **Другие анамнестические факторы риска**

Среди других биографических факторов риска часто выделяют наличие психической патологии у близких родственников, смерть близких родственников в возрасте пациента до 13 лет, систематическое насилие со стороны родных и близких в возрасте до 13 лет и др.

### **Суицидальные намерения**

Обычно рекомендуется обращать внимание на следующие факты:

- Необычное для данного индивида или социального контекста поведение; смена стереотипа поведения.

Примеры: прерывание социальных контактов; эмоциональное «оцепенение» в ситуации стресса; неадекватное ситуации утраты «приподнятое» настроение, «эпатирующее» поведение.

- Признаки «прощания»: раздача долгов, подарков, написание завещания, «прощальных» писем.
- Фантазии и мысли о смерти, самоповреждении, самоубийстве.

Необходимо оценить частоту, длительность и характер этих феноменов, а также способность их контролировать пациентом самостоятельно.

- **Суицидальные угрозы.** Нередко высказывания носят прямой характер («Я покончу с собой»), но чаще суицидальные тенденции проявляются в косвенных угрозах типа: «Не хочу быть больше обузой...», «Лучше не жить, чем так страдать...», «Теперь я больше никого не беспокою...», «Я вам больше не помешаю...», «Вы меня больше не увидите...» и т. п. Кроме того, косвенные угрозы могут быть выражены в символической невербальной форме (пример: пациент, страдавший шизофренией, незадолго до суицида повесил веревочную петлю на забор во дворе частного дома, где он жил с матерью и братом).
- Суицидальные попытки ранее: количество, тяжесть, триггерная ситуация. Количество и тяжесть парасуицидов являются относительным предиктором дальнейшего суицидального поведения. Триггеры часто носят стереотипный характер, что облегчает прогнозирование риска.
- Степень планирования суицида. Четкие представления индивида о времени, месте и способе суицидальных действий связаны с большим риском их реализации.
- Наличие средств суицида (накапливание медикаментов, наличие огнестрельного оружия, ядохимикатов и пр.). Риск увеличивается при совпадении средств, имеющихся в наличии, с теми, о которых фантазирует пациент.

### **ПРИЗНАКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

Необычные высказывания: размышления о малой ценности жизни; фантазии о собственной смерти; высказывание суицидальных фантазий и мыслей; высказывания, фиксированные на кризисной ситуации, состоянии

здоровья, неблагоприятном исходе болезни, предстоящей медицинской манипуляции (операции), послеоперационном периоде;

отрицание объективно существующей актуальной проблемы; наличие просьб о прощении к окружающим;

высказывание мыслей, содержание которых прямо или косвенно свидетельствует о «прощании»;

Необычное поведение:

«уход» в себя, замкнутость, склонность к уединению; неадекватная оценка стрессовой ситуации, ситуации потери;

отказ от предлагаемой помощи;

наличие суицидальных угроз (прямых и (или) косвенных); признаки прощания (раздача долгов, личных вещей, подарков, оформление завещания, др.);

подготовка или наличие плана суицида;

подготовка или наличие средств суицида (накопление или закупка лекарственных средств, сильнодействующих, ядовитых и химических веществ, огнестрельного или холодного оружия, колющих, режущих предметов, шнура (верёвки), поиск открываемых окон, отдаленных помещений, выходов на крыши зданий, лестничные проемы высоких этажей, др.).

Наличие психических расстройств (особенно расстройств настроения депрессивного спектра и расстройств, связанных с потреблением психоактивных веществ), которые сопровождаются следующей симптоматикой: сниженное настроение, самообвинение, чувство вины, нарушение сна (особенно ранние пробуждения) и аппетита, скорбное выражение лица, малоподвижность, адинамия, взгляд в одну точку, избегание контакта глазами.

Наличие следующих проявлений психотических форм. Психических расстройств: бредовые идеи самообвинения,

самоуничтожения, виновности, преследования, воздействия, наличие слуховых галлюцинаций императивного характера («приказывающие голоса»), в том числе направленные на причинение вреда здоровью или представляющие угрозу жизни.

Внешние признаки суицидального поведения: самоповреждение; суицидальная попытка (парасуицид); суицид.

### **КТО ПОДВЕРЖЕН СУИЦИДУ?**

Более всего восприимчивы к суициду следующие группы:

Преыдущая (незаконченная) попытка суицида (парасуицид). По данным некоторых источников процент достигает 30%.

- **Суицидальные угрозы, прямые или завуалированные.**
- **Тенденции к самоповреждению (аутоагрессия).**
- **Суициды в семье.**

- **Алкоголизм.**

Риск суицидов очень высок у больных употребляющих алкоголь. Это заболевание имеет отношение к 25 - 30% самоубийств; среди молодых людей его вклад может быть еще выше — до 50%. Длительное злоупотребление алкоголем способствует усилению депрессии, чувства вины и психической боли, которые, как известно, часто предшествуют суициду. Хроническое употребление наркотиков и токсических препаратов.

Наркотики и алкоголь представляют собой относительно летальную комбинацию. Они ослабляют мотивационный контроль над поведением человека, обостряют депрессию или даже вызывают психозы.

**Аффективные расстройства**, особенно тяжелые депрессии (психопатологические синдромы).

**Хронические или смертельные болезни.**

**Тяжелые утраты**, например смерть супруга (родителя), особенно в течение первого года после потери.

**Семейные проблемы:** уход из семьи или развод.

Специалисты, сталкивающиеся с этими группами населения, друзья и их семьи должны остерегаться упрощенного подхода или чрезмерно быстрых заключений. Люди могут попасть в группу риска, что еще не означает их склонности к суициду. Необходимо подчеркнуть, что не существует какой-либо одной причины самоубийства. Тем не менее, ко всем намекам на суицид следует относиться со всей серьезностью. С особой бдительностью следует принять во внимание сочетание опасных сигналов, если они сохраняются в течение определенного времени. Не может быть никаких сомнений в том, что крик о помощи нуждается в ответной реакции помогающего человека, обладающего уникальной возможностью вмешаться в кризис одиночества

## КАК СЕБЯ ВЕСТИ?

1. Вы должны оставаться самим собой. Остальное воспринимается как обман, пусть и непреднамеренный, звучит фальшиво и не является искренним
2. В вашу задачу входит вступить с человеком в доверительные отношения, чтобы он смог рассказать вам правду о том, что у него на уме. Нужно, чтобы он чувствовал себя на равных с вами, как с другом.
4. Имейте дело с человеком, а не «Проблемой». Если вы попытаетесь действовать как учитель или эксперт это может оттолкнуть его
5. Сосредоточьте свое внимание. Позвольте человеку, не перебивая, излить душу.
6. Не думайте, что вам следует что-то говорить каждый раз, когда возникает пауза. Молчание дает каждому из вас время подумать.
7. Направляйте разговор в сторону душевной боли, а не от нее. Ваш собеседник хочет рассказать вам о личных и болезненных вещах, которые трудно услышать большинству людей.
8. Дайте возможность человеку найти свои собственные ответы, даже если вы считаете, что знаете очевидное решение или выход.
9. Во многих случаях сиюминутного решения просто не существует, и ваша роль заключается в том, чтобы оказать дружескую поддержку, выслушать.
10. Когда вы не знаете, что сказать, не говорите ничего. Но будьте рядом!

### ТЕЛЕФОНЫ ДОВЕРИЯ»

	Код	Телефон	Время работы
Республиканский "Телефон доверия" для наркологических пациентов	8 801	100 21 21	по будням с 9 00 до 17 00 бесплатно
Республиканская телефонная "горячая линия" по оказанию психологической помощи несовершеннолетним, попавшим в кризисную ситуацию - телефон доверия для детей	8 801	100 16 11	круглосуточно, бесплатно
<b>Минск:</b>			
для взрослых	8 017	290 44 44	круглосуточно
	8 017	290 43 70	круглосуточно
для детей и подростков	8 017	263 03 03	круглосуточно
Минский областной клинический центр "Психиатрия - наркология"	8 017	202 04 01	круглосуточная служба экстренной психологической помощи "Телефон доверия"



№ п.	Перечень номеров телефонов службы экстренной психологической помощи по телефону «Телефон доверия» и психотерапевтических кабинетов на базе поликлиник г.Минска Экстренная, бесплатная, круглосуточная психологическая помощь для жителей г. Минска доступна по телефонам: для взрослых— 352-44-44; 304-43-70 для несовершеннолетних - 263-03-03; 8-801-100-16-11 для пострадавших от домашнего насилия - 317-32-32; 8-801-100-8-801		Номер телефона
1	Городской центр пограничных состояний	351-61-74	
2	3-я центральная районная клиническая поликлиника Октябрьского района г.Минска	395-73-48	
3	4-я городская поликлиника	369-64-45	
4	5-я городская клиническая поликлиника	376-19-65	
5	8-я городская поликлиника	268-13-10	
6	11 -я городская поликлиника	328-34-13	
7	12-я городская поликлиника	396-79-47	
8	17-я городская клиническая поликлиника	297-49-39	
9	19-я центральная районная поликлиника Первомайского района г.Минска	268-86-90	
10	26-я городская поликлиника	380-32-40	
11	28-я городская поликлиника	286-44-12	
12	32-я городская клиническая поликлиника	277-04-90	
П	33-я городская студенческая поликлиника	331-29-19	
14	34-я центральная районная клиническая поликлиника Советского района г.Минска	237-31-39	
15	35-я городская клиническая поликлиника	324-96-33	
16	36-я городская поликлиника	344-38-09	
17	37-я городская поликлиника	298-79-90	
18	39-я городская клиническая поликлиника	374-39-84	
19	40-я городская клиническая поликлиника	317-98-70	
20	Сайт учреждения здравоохранения «Городской клинический психиатрический диспансер»	<a href="http://www.mgkpd.by">www.mgkpd.by</a>	

Психиатрическая помощь взрослому населению г. Минска оказывается МГКЦ психиатрии и психотерапии, которое является специализированным лечебным учреждением, оказывающим психиатрическую, психотерапевтическую и психологическую, помощь в амбулаторных, стационарных условиях и условиях отделений дневного пребывания.

Психиатрическая помощь детскому населению оказывается учреждением здравоохранения «Минский городской клинический центр детской психиатрии и психотерапии» (далее - МГКЦ детской психиатрии и психотерапии), которое является специализированным лечебным учреждением, оказывающим психиатрическую, психотерапевтическую и психологическую помощь в амбулаторных условиях и условиях отделений дневного пребывания

Психиатрическая (психотерапевтическая, психологическая) помощь взрослому населению может быть оказана на анонимной основе.

Каждый житель г. Минска может самостоятельно обратиться:  
за психиатрической помощью взрослому населению - в МГКЦ психиатрии и психотерапии по адресу г. Минск, ул. Бехтерева 5, в рабочие дни с 8.00 до 20.00, в субботу с 9.00 до 15.00. С графиком работы можно ознакомиться на сайте [mgkpd.by](http://mgkpd.by) или по телефону +375-17-399-24-07;

за психотерапевтической и психологической помощью взрослому населению - в поликлинику по месту обслуживания или Городской центр пограничных состояний (г. Минск, ул. Менделеева, 4). Ознакомиться с графиками работы врачей-психотерапевтов и психологов, а также номерами телефонов психотерапевтических и психологических кабинетов можно по телефону +375-17-351-61-74 или на сайте МГКЦ психиатрии и психотерапии: [www.mgkpd.by](http://www.mgkpd.by).

за психиатрической (психотерапевтической, психологической) помощью детскому населению - в МГКЦ детской психиатрии и психотерапии по адресам: г. Минск, ул. Я. Лучины, 6-1н и ул. Одинцова 63 корп. 2, в рабочие дни с 8.00 до 20.00, в субботу с 9.00 до 15.00 (по адресу г. Минск, ул. Я. Лучины, 6-1 н). С графиком работы можно ознакомиться на сайте [lpudppnd@mail.belpak.by](mailto:lpudppnd@mail.belpak.by) и по телефонам: регистратура по адресу г. Минск ул. Я. Лучины, 6: +375-17-320-88-71;

регистратура по адресу г. Минск ул. Одинцова, 63 корп. 2: +375-17-397-37-15.

3

При обращении необходимо иметь документ, удостоверяющий личность (паспорт, свидетельство о рождении, вид на жительство в Республике Беларусь, удостоверение беженца, идентификационная карта, иные биометрические документы).

Круглосуточная экстренная психологическая помощь по телефону «Телефон доверия» оказывается детскому и взрослому населению г. Минска подготовленными психологами МГКЦ детской психиатрии и психотерапии и МГКЦ психиатрии и психотерапии:

детскому населению — по телефонам +375-17-263-03-03 и 8-801- 100-16-11;

взрослому населению - по телефонам +375-17-352-44-44 и +375-17- 304-43-70.

Помощь детям и подросткам, оказавшимся жертвами жестокого обращения, в том числе сексуального насилия, осуществляется по республиканской «Детской телефонной линии» 8-801-100-1611 (режим работы: ежедневно, круглосуточно, анонимно).

За оказанием психолого-психотерапевтической помощи жертвам жестокого обращения и (или) сексуального насилия, можно обратиться, в том числе анонимно:

несовершеннолетним - в учреждение здравоохранения «Минский городской клинический центр детской психиатрии и психотерапии», г. Минск, ул. Я. Лучины, 6-1 н, телефон справочной +375-017-320-88-71 (по адресу ул. Я. Лучины, 6) и +375-17-397-37-15 (по адресу ул. Одинцова, 63/2), сайт [gkdpnd.by](http://gkdpnd.by);

взрослым - в Городской центр пограничных состояний учреждения здравоохранения «Минский городской клинический центр психиатрии и психотерапии», ул. Менделеева, 4, телефон справочной +375-17-351-61-74, сайт [mgkpd.by](http://mgkpd.by).