

© СЕМЁНОВА Н.Б., 2022

Семёнова Н.Б.

Телефон доверия как одна из стратегий общественного здравоохранения в области превенции самоубийств: проблемы и пути решения

НИИ медицинских проблем Севера ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук», 660036, Красноярск, Россия

Введение. Телефон доверия (ТД) как стратегия профилактики суицидального поведения существует в России уже около 40 лет и является важным ресурсом для эмоциональной поддержки людей, переживающих кризисную ситуацию. Однако на сегодняшний день обозначился ряд проблем, которые требуют решения и оптимизации службы.

Цель исследования — на примере кабинета ТД, функционирующего в структуре Красноярского краевого психоневрологического диспансера № 1, выявить типичные проблемы в оказании экстренной психологической помощи лицам с суицидальным поведением и обозначить возможные пути их решения.

Материал и методы. Проведен анализ телефонных звонков за 9 лет (2011–2019 гг.). Оценивали общее количество звонков, количество кризисных и суицидальных звонков, структуру звонков по тематике и кратности обращений. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета прикладных программ «Statistics v.22» («IBM SPSS»).

Результаты. За 2011–2019 гг. общее количество звонков составило 21 496, из них 1327 кризисных, 574 суицидальных. В общей структуре обращений доля кризисных звонков составляет 3,8–9,0%; суицидальных — 1,8–3,6%. Основная часть приходилась на звонки психологического содержания (36,5%), информационные (27,4%) и звонки, связанные с вопросами психического или соматического здоровья (27,1%).

Заключение. Низкая доля кризисных и суицидальных звонков свидетельствует о недостаточном охвате населения целевой помощью. Для оптимизации работы ТД предлагается расширить возможности кризисной службы в виде телефонного сопровождения лиц, выписанных из кризисного отделения после совершения суицидальной попытки, с целью предупреждения у них рецидива. Стратегия управления рисками с привлечением ресурсов кризисных линий позволит повысить эффективность профилактических мероприятий в области превенции самоубийств.

Ключевые слова: общественное здравоохранение; профилактика; суицид; телефон доверия

Соблюдение этических стандартов. Соблюдение этических норм (анонимность обращения, сохранение тайны беседы) регулируются Правилами организации деятельности отделения «Телефон доверия» в соответствии с приложением № 41 к Порядку оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утверждённому приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 566, и Приказом КГБУЗ ККПНД № 1 от 23.08.2010 № 42, кроме случаев, представляющих непосредственную опасность для жизни абонента или окружающих его людей.

Для цитирования: Семёнова Н.Б. Телефон доверия как одна из стратегий общественного здравоохранения в области превенции самоубийств: проблемы и пути решения. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2022; 66(1): 27–33. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2022-66-1-27-33>

Для корреспонденции: Семёнова Надежда Борисовна, доктор мед. наук, гл. науч. сотр. НИИ медицинских проблем Севера ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук», 660036, Красноярск. E-mail: snb237@gmail.com

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

Поступила 05.05.2020

Принята в печать 09.06.2020

Опубликована 04.03.2022

© SEMENOVA N.B., 2022

Nadezhda B. Semenova

Crisis line strategy of public health for suicide prevention: problems and solutions

Krasnoyarsk Scientific Centre of Siberian Division of Russian Academy of Sciences, Scientific Research Institute for Medical Problems of the North, Krasnoyarsk, 660036, Russian Federation

Background. It has been about 40 years since Russian public healthcare used the telephone crisis line for suicide prevention. The crisis line is a crucial support resource for people in emotional crises and decreases suicidal rates — however, few problems need to be solved to optimize crisis line service.

The purpose is to reveal limitations and find possible ways of improvement emergent help for people with suicidal behaviour example, the crisis line of Krasnoyarsk Area Psychoneurologic Dispensary № 1.

Material and methods. Crisis line service telephone calls over nine years (2011–2019) were analyzed. Total number of calls, number of calls with emotional crisis and suicidal behaviour, calls structure and their multiplicity. IBM SPSS Statistics, Version 22 was used for statistical analysis of data.

Results. Total number of calls over nine years (2011–2019) was 21.496, of the 1.327 calls from the crisis patients (3.8–9.0% of all calls) and 574 calls from the patients with suicide behaviour (1.8–3.6% of all calls). Most calls were regarding psychological problems (36.5%), receive information (27.5%) and calls regarding psychiatric or somatic health (27.5%).

Conclusion. Low proportion of crisis and suicidal calls reflects insufficient population coverage with targeted assistance. In order to improve the abilities of the crisis counselling line, we suggest patronage of patients with suicidal attempts after discharge to prevent its recurrence. A risk management strategy using a crisis line will improve the efficacy of suicide prevention measures.

Keywords: public health; prevention; suicide; crisis line; hotline

Compliance with ethical standards. Compliance with ethical standards (anonymity of treatment, keeping the conversation secret) are regulated by the Rules for organizing the activities of the Helpline department under Appendix No. 41 to the Procedure for the provision of medical care for mental and behavioural disorders, approved by order of the Ministry of Health and Social Development of Russia dated May 17, 2012 No. 566, and By order of KGBUZ KKPND No. 1 dated 08.23.2010 No. 42, except for cases that pose an immediate danger to the life of the subscriber or the people around him.

For citation: Semenova N.B. Crisis line strategy of public health for suicide prevention: problems and solutions. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii (Health Care of the Russian Federation, Russian journal)*. 2022; 66(1): 27-33. (In Russian). <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2022-66-1-27-33>

For correspondence: Nadezhda B. Semenova, MD, PhD, DSci., Leading Researcher of the Krasnoyarsk Scientific Centre of Siberian Division of Russian Academy of Sciences, Krasnoyarsk, 660036, Russian Federation. E-mail: snb237@gmail.com

Information about the author:

Semenova N.B., <https://orcid.org/0000-0002-6120-7860>

Acknowledgement. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received: May 05, 2020

Accepted: June 09, 2020

Published: March 04, 2022

Введение

Профилактика суицидального поведения является одной из важнейших задач общественного здравоохранения. В России за последние два десятилетия отмечается снижение уровня самоубийств, однако проблема не теряет своей актуальности вследствие неравномерности показателей, регистрируемых в разных регионах [1–4]. Последствия самоубийств приносят не только страдания семье и близкому социальному окружению, но и наносят тяжёлый опосредованный ущерб местному сообществу и стране в целом [5, 6]. По мнению экспертов ВОЗ, для снижения уровня суицида необходимо разработать национальную стратегию по предотвращению самоубийств [7], одним из компонентов которой являются кризисные вмешательства через горячие линии или телефоны доверия.

В России работа кабинета «Телефон доверия» (ТД) регламентирована приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 566н*, в соответствии с которым ТД «является структурным подразделением психоневрологического диспансера и предназначен для профилактической консультативной помощи лицам, обращающимся по телефону, с целью предотвращения у них суицидальных и иных опасных действий». Телефонная служба экстренной психологической помощи в России существует уже около 40 лет и является важным ресурсом для эмоциональной поддержки людей, пере-

* Приложение № 40 к Порядку оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утверждённому приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 № 566н.

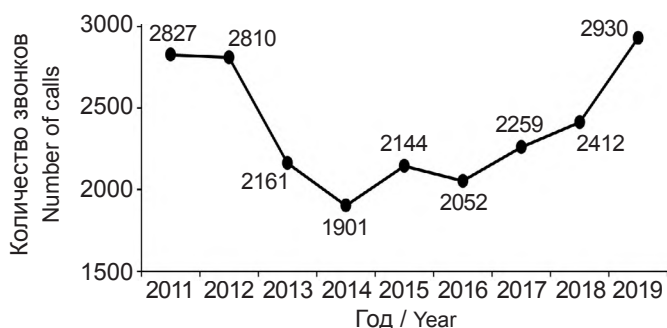


Рис. 1. Количество звонков на ТД за 2011–2019 гг.

Fig. 1. The call number in 2011–2019.

живающих острую кризисную ситуацию [8]. Однако на сегодняшний день обозначился ряд проблем, которые требуют решения и ставят вопрос о необходимости оптимизации службы.

Несмотря на то, что экстренная психологическая помощь по телефону является одной из общедоступных видов превенции суицида, не все люди, находящиеся в кризисной ситуации, стремятся ее получить. По данным разных отчетов, доля абонентов с суицидальным поведением не превышает 5% [9, 10], крайне редко на ТД обращаются лица, относящиеся к группам высокого риска по суицидальному поведению, в частности, пожилые люди [10–13] и подростки [14]. Практически на всех телефонных линиях имеется сформированная группа так называемых «зависающих» абонентов, часами блокирующих связь [10], доля «немых» и «хулиганских» звонков порой достигает до 80% [14], клиническую эффективность кризисного вмешательства по телефону оценить довольно сложно [15–18]. Настораживает стихийный рост ТД, список которых представлен на сайте Российской ассоциации телефонной экстренной психологической помощи (РАТЭПП) и включает 285 телефонных линий, специализирующихся в разных областях [19].

Таким образом, организация деятельности кабинетов ТД на сегодняшний день нуждается в совершенствовании.

Цель исследования — на примере кабинета ТД, функционирующего в структуре Красноярского краевого психоневрологического диспансера № 1 (ККПНД № 1), выявить типичные проблемы в оказании экстренной психологической помощи лицам с суицидальным поведением и обозначить возможные пути решения.

Материал и методы

Проведён анализ телефонных звонков, поступивших на ТД ККПНД № 1, за 9 лет (с 2011 по 2019 г.). Оценивали следующие показатели: общее количество звонков по годам, количество кризисных звонков, количество звонков суицидальной направленности. Из экстенсивных показателей определяли структуру звонков по тематике и кратности обращений, по полу и возрасту абонентов.

По тематике обращений звонки распределялись на четыре группы:

- кризисные звонки — травма, насилие, суицид;
- звонки, связанные с проблемами здоровья;
- звонки, связанные с психологическими проблемами;
- информационные и «немые» звонки.



Рис. 2. Количество кризисных и суицидальных звонков за 2011–2019 гг.

Fig. 2. The number of crisis and suicidal calls in 2011–2019.

По кратности звонки распределялись на следующие группы:

- первичные (обращения первый раз, однократно);
- повторные (обращения дважды за дежурную смену);
- регулярные (обращения от постоянных абонентов);
- «немые» (абонент бросает трубку или молчит).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistics v.22 (IBM SPSS, США). Статистический анализ качественных порядковых признаков проводился путём регистрации количества объектов в выборке, имеющих одинаковое значение качественной переменной, с дальнейшим подсчётом относительной частоты, или доли (в %).

Результаты

С момента организации в августе 2010 г. кабинета ТД телефонная линия работала круглосуточно, но через 2 года была переведена на скользящий режим работы: в будние дни с 18-00 до 8-00 ч, в выходные и праздничные — круглосуточно. Консультанты (клинические психологи и врачи-психиатры) принимают телефонные звонки, фиксируют их в журнале регистрации с обозначением шифра согласно тематике запроса. Абоненты, имеющие риск самоубийства, в обязательном порядке приглашаются на очный прием к врачу-психиатру.

В 2011–2019 гг. общее количество звонков на ТД составило 21 496. В 2013 г. отмечалось уменьшение количества звонков (рис. 1), что связано со сменой графика работы. Минимальное количество обращений зарегистрировано в 2014 г., после чего последовал рост на 54,1%.

Количество кризисных звонков за 9 лет составило 1327, из них 574 звонка имели суицидальную тематику. Минимальное количество кризисных звонков зарегистрировано в 2015 г., максимальное — в 2019 г. (рис. 2). Рост кризисных звонков за 4 года составил 227,2%. Минимальное количество звонков, имеющих суицидальную тематику, отмечалось в 2016 г., максимальное —



Рис. 3. Тематика обращений (%).

Fig. 3. Call topic (%).

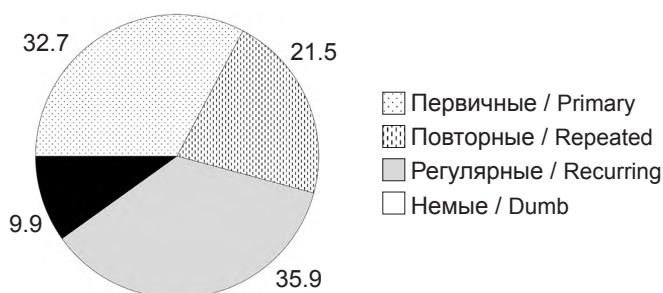


Рис. 4. Кратность обращений (%).

Fig. 4. Call multiplicity (%).

в 2019 г. За 3 года рост обращений суицидального содержания составил 174,4%.

При анализе структуры звонков по тематике обращений выявлено, что на первый план выходят обращения психологического содержания (36,5%), включающие внутриличностные проблемы, вопросы социально-психологической адаптации и проблемы межличностных взаимоотношений: семейных, гендерных, отношений со сверстниками (рис. 3). Далее следуют информационные звонки (27,4%) и обращения, связанные с вопросами психического или соматического здоровья (27,1%). Кризисные звонки (травма, насилие, суицид) занимают последнее место (9%). Доля кризисных звонков в общей структуре обращений составляет от 3,8% (минимальное значение, полученное в 2015 г.) до 9,0% (максимальное — в 2019 г.). Доля обращений суицидальной направленности составляет от 1,8% (минимально в 2012 г.) до 3,6% (максимально в 2019 г.).

При анализе кратности обращений выявлено, что доля первичных обращений составляет 32,7% (рис. 4). Эти звонки включают обращения разной направленности, в том числе суицидальной. На повторные звонки приходится 21,5%. Большая доля звонков приходится на «зависающих» абонентов (35,9%). Эту категорию составляют пациенты, состоящие на учёте в ККПНД № 1.

Анализ абонентов по возрасту показал, что чаще на ТД звонят лица среднего возраста (31–55 лет) — 48,3% абонентов (рис. 5). Очень редко звонят пожилые люди в

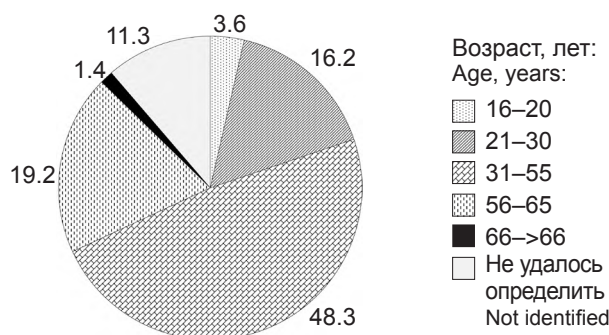


Рис. 5. Распределение абонентов по возрасту (%).

Fig. 5. Callers distribution by age (%).

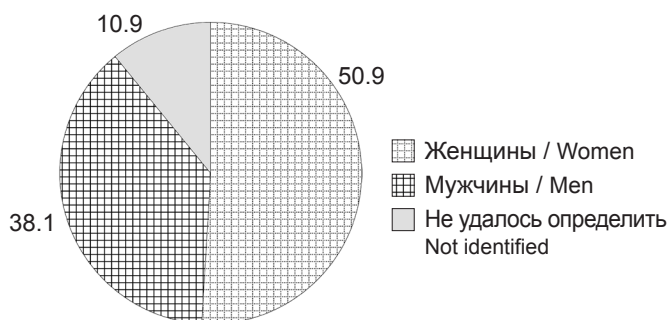


Рис. 6. Распределение абонентов по полу (%).

Fig. 6. Callers distribution by gender (%).

возрасте 66 лет и старше (1,4%). Доля абонентов в возрасте 56–65 лет несколько выше (19,2%). За анализируемый период времени произошло увеличение числа обращений от лиц старшего возраста и пожилых людей: количество звонков от лиц в возрасте 56–65 увеличилось в 6,6 раза; в возрасте 66 лет и старше — в 1,7 раза. Также увеличилось количество обращений от молодых людей в возрасте 16–20 лет в 2,1 раза.

Распределение абонентов ТД по полу показало, что чаще за помощью обращаются женщины (рис. 6). За анализируемый период времени не произошло существенных изменений в структуре звонков по гендерной принадлежности.

Обсуждение

За 9 лет работы число обращений на ТД граждан в состоянии острого кризиса составило 1327, из них обращений суицидальной направленности — 574. За 2015–2019 гг. увеличилось число обращений от лиц, находящихся в состоянии острого кризиса, на 227,2%, и от лиц с суицидальным поведением — на 174,4%. Все эти обращения являются первичными, с такими гражданами проводятся антикризисные вмешательства, и это, бесспорно, подтверждает необходимость функционирования кабинета ТД.

Помимо оказания антикризисных вмешательств, консультанты ТД работают с пациентами психоневрологического диспансера, которые обращаются как по поводу психического здоровья (ухудшение самочувствия), так и с психологическими проблемами (отсутствие собственной

семьи, чувство одиночества, проблемы принятия себя и своего социального статуса). Звонки от таких абонентов чаще относятся к категории «зависающих», доля их составляет около 36%. Оказание помощи пациентам диспансера является важным аспектом в работе кабинета ТД, т.к. профессиональная поддержка, доведение до сознания больного необходимости принимать лекарственные препараты, своевременное направление к психиатру позволяют предотвратить ухудшение его состояния и опосредованно уменьшить суицидальный риск.

Проблемы. За время функционирования кабинета ТД обозначился ряд проблем. И первая из них — отток кадров, что связано с профессиональной неудовлетворённостью специалистов, расхождением между высокими ожиданиями и относительно низким числом кризисных вмешательств, что подтверждают как отечественные [8, 10], так и зарубежные [9] авторы. Многие молодые сотрудники жалуются на отсутствие профессионального роста и личностную стагнацию. Некоторых не устраивает формат работы в условиях изоляции, недостаток живого человеческого контакта. Именно по этим причинам кабинет ТД в ККПНД № 1 был переведён с круглосуточного графика на скользящий режим работы через 2 года с момента его организации.

Однако главная проблема функционирования ТД как одного из звеньев суицидальной службы касается трудностей предоставления помощи населению, на что указывают многие исследователи в России и за рубежом [10–13]. По данным нашего анализа, доля кризисных звонков составляет 3,8–9,0%, а звонков суицидальной направленности — 1,8–3,6%. Крайне редко обращаются за помощью лица пожилого возраста (1,4%) и подростки (0%), реже мужчины (38,1%), чем женщины (50,9%), хотя известно, что именно эти категории граждан относятся к группам наиболее высокого риска. Для приближения помощи к населению сотрудниками кабинета ТД проводится активная работа, в том числе размещение рекламы на официальном сайте, объявления в медицинских учреждениях, СМИ, на странице «ВКонтакте», информирование населения во время работы консультативных площадок. Установлены межведомственные взаимодействия кабинета ТД с другими министерствами и ведомствами, в том числе со службой ТД для детей и подростков, службой «Скорой медицинской помощи», полицией и МЧС, единой службой спасения «Система-112». Благодаря всем вышеперечисленным мерам удалось добиться роста обращений, но, несмотря на это, доля кризисных звонков не превышает 9,0%, а доля звонков суицидальной тематики составляет всего 3,6%.

Третья проблема связана со стигматизацией психиатрической помощи, что приводит к нежеланию или страху у лица, обратившегося на кризисную линию за помощью, явиться после беседы на очный прием к врачу психоневрологического диспансера. Не более 5% из числа граждан, обратившихся на ТД в кризисной ситуации, в дальнейшем приходят на приём к врачу-психиатру.

Проблемы, которые выявлены в работе кабинета ТД ККПНД № 1, являются типичными для многих телефонных служб не только в нашей стране [8, 10, 14], но и в других странах [9, 11–13]. На сегодняшний день в России ТД признан «затратно эффективной» стратегией в

предупреждении суицидального поведения [20]. Однако в странах Европы и США доказана эффективность кризисных линий как с клинической, так и с экономической точки зрения [21]. Как показывает зарубежный опыт, повышение эффективности достигается путём интеграции телефонной службы в клиническую сеть и расширения ее полномочий.

Пути решения. В последние десятилетия в странах Европы и США стратегия оказания помощи по телефону лицам, находящимся в состоянии острого кризиса или склонных к суицидальному поведению, существенно изменилась. Если раньше основная задача кризисной линии сводилась к дэскалации суицидального конфликта, то в настоящее время кризисные линии привлечены к управлению рисками и занимают более активную позицию.

Одно из современных направлений — обеспечение превентивной помощи в постсуицидальном периоде [22], которое заключается в активном сопровождении лиц, совершивших суицидальную попытку или незавершенный суицид. Известно, что самый высокий риск повторного суицида наблюдается в первую неделю после выписки из кризисного стационара, поэтому при выписке пациенту предлагается заполнить согласие на сотрудничество с кризисной линией и даётся номер телефона с просьбой позвонить на него в течение первых 2 суток. Телефонный патронаж начинается уже спустя 24–48 ч, поэтому обрыва медицинской помощи не происходит. Специалисты осуществляют непрерывность наблюдения, что крайне важно для пациента с суицидальным риском. Телефонный звонок непродолжителен, ориентирован на оценку степени суицидального риска и выяснение антисуицидальной стратегии. Беседа телефонного консультанта структурирована, хотя возможна ее адаптация в зависимости от потребности. В случае, когда суицидент не может или не хочет обеспечить собственную безопасность, прекращает звонить на телефон или не отвечает на звонки, телефонные консультанты передают информацию о возможности рецидива в районные службы экстренного реагирования.

Стратегия посткризисного телефонного сопровождения существует в США, штат Колорадо, с 2015 г. [23]. Аналогичная программа внедрена во Франции под названием VigilantS [24], в рамках неё осуществляется деятельность как на индивидуальном (пациенты, включённые в проект VigilantS), так и на региональном уровне (регион Норд-Па-де-Кале). На сегодняшний день доказана клиническая эффективность посткризисного телефонного сопровождения как в ближайшей, так и в отдалённой перспективе [23–25]. По результатам отчетов, около 80% пациентов с незавершённым суицидом сообщили о том, что сопровождение телефонных консультантов остановило их от последующей попытки, а 90,6% высказались о том, что регулярная телефонная поддержка обеспечила их безопасность. Средний показатель реферальных звонков составил 76%, некоторые телефонные службы достигли 100% индекса реферала [23]. Показана клиническая эффективность управления рисками по телефону для сохранения безопасности детей и подростков после совершения суицидальной попытки. Телефонный патронаж подростков заключается в обсуждении копинг-стратегий и оценке эмоционального состояния. Реферальный индекс среди подростков составил 69% [26].

Еще одна возможность привлечения кризисных линий к управлению суицидальными рисками реализована в США в рамках национального проекта «Zero Suicide» [27], который стартовал в 2012 г. и представляет собой стандартизированный процесс планирования безопасности для лиц с суицидальным поведением. Роль кризисных линий заключается в телефонном патронаже пациентов, у которых в ходе скринингового обследования выявлена депрессия в сочетании с суицидальным риском. Если раньше такие пациенты направлялись на госпитализацию, то, благодаря телефонному сопровождению, появилась возможность контролировать их состояние амбулаторно и сократить число госпитализаций более чем на 200 в год. Такой подход оправдан, особенно в сельской местности и отдалённых районах. Телефонное сопровождение показало хорошие результаты для коренных американцев, у которых появилась возможность оставаться во время кризиса со своей семьёй, получать социальную и культурную поддержку местного сообщества, вследствие чего они быстрее возвращаются к прежнему состоянию, в отличие от пребывания на стационарном лечении или при регулярном посещении психиатра. Для нашей страны такое направление работы является весьма актуальным, учитывая разбросанность и отдалённость населённых пунктов, а также проживание на территории России большого числа коренных народов, уровень самоубийств среди которых довольно высок, а специфика образа жизни требует новых подходов в осуществлении профилактических мероприятий.

Таким образом, стратегию общественного здравоохранения в области превенции самоубийств можно расширить путём оптимизации работы кабинетов ТД, входящих в структуру психоневрологических диспансеров. Для этого следует усилить интеграцию ТД с кризисными отделениями и амбулаторно-поликлинической службой и внедрить активный патронаж лиц, угрожаемых по суицидальному риску. Данный подход не потребует существенных финансовых затрат, и в стране имеются ресурсы для его внедрения. Программу сопровождения лиц, угрожаемых по суицидальному поведению, можно разработать как на государственном, так и на местном уровне, а телефонные консультанты вполне справятся с этой задачей. Как было показано в исследованиях M.S. Karver и соавт. [28], именно консультанты ТД лучше других специалистов превентивных суицидальных служб способны распознавать суицидальный риск. Телефонное сопровождение не будет носить противоправный характер, т.к. данная профилактическая мера попадает под действие Правил организации деятельности отделения «Телефон доверия», утверждённых приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 566 (приложение № 41), в соответствии с которыми телефонный консультант обязан сообщить в службу скорой психиатрической помощи или участковому врачу-психиатру предположение о наличии у абонента психического расстройства, обуславливающего его непосредственную опасность для себя или окружающих.

Однако в каждом отдельном случае следует заключить письменное соглашение с пациентом на осуществление активного патронажа в телефонном режиме. Данная стратегия расширит возможности ТД в области превенции самоубийств, повысит эффективность профилактических

мероприятий, приблизит психологическую помощь к населению, сделает ее целевой и адресной. Кроме того, возможность управления рисками и более активная позиция телефонных консультантов повысит мотивацию специалистов и престиж профессии, что позволит решить кадровый вопрос.

Заключение

Проблемы, которые выявлены в ходе анализа работы ТД при ККПНД № 1, являются типичными для многих кризисных линий, главная из них — недостаточный охват населения целевой помощью. Эту проблему можно решить путём расширения возможностей телефонной службы и активного сопровождения лиц с суицидальным поведением. Привлечение кризисных линий к управлению рисками — это современный, многообещающий подход, который позволит повысить эффективность превентивных мер в области предотвращения самоубийств. Стратегия управления рисками может быть успешно внедрена в практику ТД в нашей стране.

ЛИТЕРАТУРА

(п.п. 9, 11–13, 15–18, 21–28 см. References)

1. Аминов И. Самоубийства в России: 15 фактов. *Демоскоп Weekly*. 2018; 783–4. Доступно: <https://www.demoscope.ru/weekly/2018/0783/suicide.php>
2. Аминов И. Самоубийства и их профилактика в России. 2018 год: основные факты. *Демоскоп Weekly*. 2019; 823–4. Доступно: <https://www.demoscope.ru/weekly/2019/0823/suicide.php>
3. Говорин Н.В., Сахаров А.В., Ступина О.П., Тарасова О.А. Эпидемиология самоубийств в Забайкальском крае, организация кризисной помощи населению. *Суицидология*. 2013; 4(1): 48–54.
4. Положий Б.С., Куулар Л.Ы., Дуктен-оол С.М. Особенности суицидальной ситуации в регионах со сверхвысокой частотой самоубийств (на примере Республики Тыва). *Суицидология*. 2014; 5(1): 11–8.
5. Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалеева О.И. Социально-экономическое бремя суицидальной смертности в России как научно-доказательное обоснование развития программ превенции суицидов. *Суицидология*. 2011; (2): 41–3.
6. Любов Е.Б. Клинико-социальное бремя близких жертвы суицида: если бы... *Суицидология*. 2017; 8(4): 56–76.
7. Предотвращение самоубийств: глобальный императив. Женева: ВОЗ; 2014.
8. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Век, время и место профессора Амбрумовой в отечественной суицидологии. *Медицинская психология в России*. 2013; (2).
10. Любов Е.Б., Цупрун В.Е., Кабизулов В.С., Чубина С.А. Территориальные суицидологические службы России: проблемы и решения. *Медицинская психология в России*. 2014; (5).
14. Ворсина О.П. Опыт работы детской линии телефона доверия в городе Иркутске. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2012; 22(4): 80–2.
19. Телефоны доверия России. Доступно в: <https://www.ratepp.ru/load/>
20. Суицидальное поведение несовершеннолетних (профилактические аспекты). Методические рекомендации. М.; 2020.

REFERENCES

1. Aminov I. Suicides in Russia: 15 facts. *Demoskop Weekly*. 2018; 783–4. Available at: <http://www.demoscope.ru/weekly/2018/0783/suicide.php> (in Russian)
2. Aminov I. Suicides and their prevention in Russia, 2018: key facts. *Demoskop Weekly*. 2019; 823–4. Available at: <http://www.demoscope.ru/weekly/2019/0823/suicide.php> (in Russian)
3. Govorin N.V., Sakharov A.V., Stupina O.P., Tarasova O.A. Epidemiology of suicide in Transbaikalian territory, organization of assistance to the population. *Suitsidologiya*. 2013; 4(1): 48–54. (in Russian)

4. Polozhiy B.S., Kuular L.Y., Dukten-ool S.M. Peculiarities of suicidal situation in the regions with ultrahigh suicide rate (on an example of the republic of Tyva). *Suitsidologiya*. 2014; 5(1): 11–8. (in Russian)
5. Lyubov E.B., Morev M.V., Falaleeva O.I. Social-economic burden of suicides in Russia. *Suitsidologiya*. 2011; (2): 41–3. (in Russian)
6. Lyubov E.B. Clinical and social burden for suicide survivors: if I had dealt with it properly. *Suitsidologiya*. 2017; 8(4): 56–76. (in Russian)
7. Suicide Prevention: A Global Imperative. Geneva: WHO; 2014.
8. Lyubov E.B., Tsuprun V.E. The century, time and place of Professor Ambrumova in Russian suicidology. *Meditinskaya psikhologiya v Rossii*. 2013; (2). Available at: <http://medpsy.ru> (in Russian)
9. Vattö I.E., Lien L., DeMarinis V., Kjørven Haug S.H., Danbolt L.J. Caught between expectations and the practice field. *Crisis*. 2019; 40(5): 340–6. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000573>
10. Lyubov E.B., Tsuprun V.E., Kabizulov V.S., Chubina S.A. Territorial suicidological services of Russia: problems and solutions. *Meditinskaya psikhologiya v Rossii*. 2014; (5). (in Russian)
11. Ohtaki Y., Oi Y., Doki S., Kaneko H., Usami K., Sasahara S., et al. Characteristics of telephone crisis hotline callers with suicidal ideation in Japan. *Suicide Life Threat. Behav.* 2017; 47(1): 54–66. <https://doi.org/10.1111/sltb.12264>
12. Chan C.H., Wong H.K., Yip P.S. Exploring the use of telephone helpline pertaining to older adult suicide prevention: a Hong Kong experience. *J. Affect Disord.* 2018; 236: 75–9. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.093>
13. Shaw F.F., Chiang W.H. An evaluation of suicide prevention hotline results in Taiwan: caller profiles and the effect on emotional distress and suicide risk. *J. Affect Disord.* 2019; 244: 16–20. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.050>
14. Vorsina O.P. Work experience of the helpline children's line in the city of Irkutsk. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya*. 2012; 22(4): 80–2. (in Russian)
15. Gould M.S., Kalafat J., Harrismunfakh J.L., Kleinman M. An evaluation of crisis hotline outcomes. Part 2: Suicidal callers. *Suicide Life Threat. Behav.* 2007; 37(3): 338–52. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.338>
16. Tyson P., Law C., Reed S., Johnsey E., Aruna O., Hall S. Preventing suicide and self-harm. *Crisis*. 2016; 37(5): 353–60. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000390>
17. Hoffberg A.S., Stearns-Yoder K.A., Brenner L.A. The effectiveness of crisis line services: a systematic review. *Front. Public Health*. 2020; 7: 399. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00399>
18. Iqbal Y., Jahan R., Matin M.R. Descriptive characteristics of callers to an emotional support and suicide prevention helpline in Bangladesh (first five years). *Asian J. Psychiatr.* 2019; 45: 63–5. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.09.005>
19. Helplines of Russia. Available at: <https://www.ratepp.ru/load/> (in Russian)
20. Suicidal behavior of minors (preventive aspects). Guidelines. Moscow; 2020. (in Russian)
21. Pil L., Pauwels K., Muijzers E., Portzky G., Annemans L. Cost-effectiveness of a helpline for suicide prevention. *J. Telemed. Telecare*. 2013; 19(5): 273–81. <https://doi.org/10.1177/1357633x13495487>
22. Labouliere C.D., Stanley B., Lake A.M., Gould M.S. Safety planning on crisis lines: feasibility, acceptability, and perceived helpfulness of a brief intervention to mitigate future suicide risk. *Suicide Life Threat. Behav.* 2020; 50(1): 29–41. <https://doi.org/10.1111/sltb.12554>
23. Catanach B., Betz M.E., Tvrđy C., Skelding C., Brummett S., Allen M.H. Implementing an emergency department telephone follow-up program for suicidal patients: successes and challenges. *Jt. Comm. J. Qual. Patient. Saf.* 2019; 45(11): 725–32. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2019.07.009>
24. Duhem S., Berrouiguet S., Debien C., Ducrocq F., Demarty A.L., Messiah A., et al. Combining brief contact interventions (BCI) into a decision-making algorithm to reduce suicide reattempt: the VigilantS study protocol. *BMJ Open*. 2018; 8(10): e022762. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022762>
25. Ghanbari B., Malakouti S.K., Nojomi M., Alavi K., Khaleghparast S. Suicide prevention and follow-up services: a narrative review. *Glob. J. Health Sci.* 2015; 8(5): 145–53. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n5p145>
26. Busby D.R., King C.A., Brent D., Grupp-Phelan J., Gould M., Page K., et al. Adolescents' engagement with crisis hotline risk-management services: a report from the emergency department screen for teen suicide risk (ED-STARS) study. *Suicide Life Threat. Behav.* 2020; 50(1): 72–82. <https://doi.org/10.1111/sltb.12558>
27. Zero Suicide. Available at: www.zerosuicide.com
28. Karver M.S., Tarquini S.J., Caporino N.E. The judgment of future suicide-related behavior: helpline counselors' accuracy and agreement. *Crisis*. 2010; 31(5): 272–80. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000029>