

## ПЛАНИРОВАНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ С ПОДРОСТКАМИ, СОВЕРШИВШИМИ СУИЦИДАЛЬНУЮ ПОПЫТКУ

Н.Б. Семёнова

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

### PLANNING SAFETY WITH ADOLESCENTS AFTER A SUICIDE ATTEMPT

N.B. Semenova

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

Информация об авторе:

Семёнова Надежда Борисовна – доктор медицинских наук (SPIN-код: 8340–6208; Web of Science Researcher ID: M–5846–2019; ORCID iD: 0000-0002-6120-7860). Место работы и должность: главный научный сотрудник ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук», НИИ медицинских проблем Севера. Адрес: Россия, 660036, г. Красноярск, Академгородок, д. 50. Телефон: +7 (913) 539–86–02, электронный адрес: [snb237@gmail.com](mailto:snb237@gmail.com)

Information about the author:

Semenova Nadezhda Borisovna – Full Professor (Medicine), (SPIN-code: 8340–6208; Web of Science Researcher ID: M–5846–2019; ORCID iD: 0000-0002-6120-7860). Job Title: Head Scientific Worker of State Federal Budgetary Scientific Institution «Federal Research Centre «Krasnoyarsk Scientific Centre of Siberian Division of Russian Academy of Sciences», Scientific Research Institute for Medical Problems of the North, Krasnoyarsk, Russia. Postal Address: Akademgorodok, 50, Krasnoyarsk, 660036, Russia. Phone number +7 (913) 539-86-02, email: [snb237@gmail.com](mailto:snb237@gmail.com)

Самоубийства среди подростков являются актуальной проблемой во многих странах мира. Известно, что наибольший риск самоубийства имеется у молодых людей, ранее уже предпринявших попытку суицида. Цель: представить метод планирования безопасности в работе с подростками, совершившими суицидальную попытку (СП). Описание метода. Представлена технология планирования безопасности в работе с подростками в постсуицидальном периоде, направленная на предотвращение суицидального кризиса в дальнейшем. Изложен подробный алгоритм составления плана безопасности (ПБ), включающего список заранее подготовленных стратегий поведения и источников поддержки, которые пациенты могут использовать с целью снижения у них эмоциональных переживаний при появлении первых признаков психического неблагополучия. Описаны основные разделы ПБ: 1. Распознавание предупреждающих знаков, свидетельствующих о приближении суицидального кризиса. 2. Создание безопасной среды. 3. Определение и использование внутренних стратегий совладания. 4. Определение и использование внешних стратегий. 5. Составление списка причин, по которым стоит жить. Приводится пример практического использования плана безопасности в работе с подростком, госпитализированным в детское отделение психиатрического стационара. Выводы. Метод планирования безопасности имеет доказанную эффективность, не требует дополнительных финансовых затрат, ему несложно обучиться. Данный метод может использоваться как самостоятельная технология, так и в рамках краткосрочного психотерапевтического вмешательства. Поэтому метод планирования безопасности могут использовать специалисты, непосредственно участвующие в оказании помощи подросткам в отделениях скорой неотложной помощи, в кризисных стационарах и в психиатрических больницах.

*Ключевые слова:* суицид, суицидальная попытка, подростки, планирования безопасности подростков

Самоубийства среди подростков являются актуальной проблемой во многих странах мира. Известно, что наибольший риск самоубийства имеется у молодых людей, ранее уже предпринявших попытку суицида [1, 2]. По результатам эпидемиологических исследований, распространённость суицидальных попыток среди подростков разных стран составляет около 4% в странах Европы

Suicide among adolescents is an actual problem in many countries of the world. It is known that the greatest risk of suicide is in young people who have previously attempted suicide [1, 2]. According to the results of epidemiological studies, the prevalence of suicide attempts among adolescents from different countries ranges from 4% in

[3, 4], США [2] и Канады [5] до 20,5% в странах региона Западной части Тихого океана [6]. Доказано, что своевременное вмешательство может уменьшить риск повторного суицида, поэтому проведение эффективных профилактических вмешательств после совершения суицидальной попытки является приоритетным направлением в области суицидологии.

Цель исследования: представить метод планирования безопасности в работе с подростками, совершившими суицидальную попытку.

#### *Понятие о суицидальном кризисе*

Пациентам, которые обращаются за медицинской помощью с признаками суицидального поведения, требуется различное медицинское, социальное и психиатрическое вмешательство в зависимости от серьёзности суицидальных намерений. Суицидальное поведение у подростков включает в себя широкий спектр проявлений, в том числе, разнообразные мысли и угрозы о смерти, а также действия, направленные на причинение преднамеренных несмертельных или смертельных повреждений, которые в итоге могут привести к завершённому суициду [7]. Различия между этими конструктами у молодых людей не всегда чёткие, часто подростки бывают не в состоянии сформулировать своё желание умереть, перед тем как совершают самоубийство [8, 9].

На сегодняшний день показано, что акту самоубийства или суицидальной попытке предшествует особым образом изменённое состояние сознания, которое предсказывает неизбежность самоубийства от нескольких дней до нескольких недель и квалифицируется как Suicide Crisis Syndrome, или «синдром суицидального кризиса» [10, 11]. Суицидальный кризис (СК) включает пять компонентов: 1) ощущение ловушки, или западни; 2) аффективное расстройство; 3) потеря когнитивного контроля; 4) гипервозбуждение; 5) социальная изоляция [12, 13]. Состояние изменённого сознания мешает ясно мыслить, принимать конструктивные решения и находить адекватный выход из сложившейся ситуации. Иными словами, СК приводит к нарушению исполнительных функций, когда совершение самоубийства представляется единственным способом решения проблем. Психотерапия в этом состоянии оказывается неэффективной, купирование СК возможно только путём медикаментозной терапии – назначения нейролептиков и бензодиазепинов.

Показано, что перенесённый СК инициирует другие факторы риска суицидального поведения и значительно повышает уязвимость личности к стрессам [14]. Поэтому лица, совершившие суицидальную попытку, часто повторяют её в течение первого года после выписки из стационара. Восстановление психического равновесия и

Europe [3, 4], the USA [2] and Canada [5] to 20.5% in the countries of the Western Pacific [6]. It has been proven that timely intervention can reduce the risk of repeated suicide, therefore, effective preventive interventions after a suicide attempt is a priority in the field of suicidology.

Aim of the study: to present a safety planning intervention when working with adolescents who have made a suicidal attempt.

#### *The concept of a suicidal crisis*

Patients who seek medical care with signs of suicidal behavior require different medical, social and psychiatric interventions depending on the intensity of the suicidal intent. Adolescent suicide behavior includes a wide range of manifestations, including a variety of thoughts and threats about death, as well as actions aimed at causing deliberate non-fatal or fatal injury, which can ultimately lead to completed suicide [7]. The differences between these constructs in young people are not always clear, adolescents are often unable to formulate their desire to die before committing suicide [8, 9].

To date, it has been shown that the act of suicide or suicide attempt is preceded by a special altered state of consciousness, which predicts the inevitability of suicide from several days to several weeks and qualifies as Suicide Crisis Syndrome, or "suicidal crisis syndrome" [10, 11] ... The suicide crisis (SC) includes five components: 1) the feeling of a trap, or trap; 2) affective disorder; 3) loss of cognitive control; 4) hyperexcitation; 5) social isolation [12, 13]. The state of an altered consciousness interferes with thinking clearly, making constructive decisions and finding an adequate way out of this situation. In other words, SC leads to a violation of executive functions, when committing suicide seems to be the only way to solve problems. Psychotherapy in this state turns out to be ineffective, the relief of SC is possible only through drug therapy – the appointment of antipsychotics and benzodiazepines.

It has been shown that the transferred SC initiates other risk factors for suicidal behavior and significantly increases the vulnerability of the individual to stress [14]. Therefore, individuals who have committed a suicide attempt often repeat it within the first year after discharge from the hospital.

предотвращение СК в дальнейшем являются основными задачами вмешательства в постсуицидальном периоде.

#### *Метод планирования безопасности*

Метод планирования безопасности (Safety Planning Intervention) – это краткосрочное вмешательство, направленное на предотвращение повторной суицидальной попытки. План безопасности (ПБ) включает список заранее подготовленных стратегий поведения и источников поддержки, которые пациенты могут использовать с целью снижения у них эмоциональных переживаний при появлении первых признаков СК. Это очень важно особенно в тот момент, когда когнитивный контроль и исполнительные функции нарушены. Кроме того, ПБ позволяет пациенту избежать социальной изоляции, которая сопутствует СК.

Метод планирования безопасности разработан в рамках когнитивно-поведенческой терапии и впервые апробирован профессором медицинского факультета университета Пенсильвании Грегори Брауном и соавт. [15]. Совместно с профессором из Нью-Йоркского университета Психиатрии Барбарой Стэнли метод был адаптирован для работы с ветеранами боевых действий, пытавшихся покончить жизнь самоубийством [16], а в дальнейшем – для использования в работе с подростками [17].

Данный метод признан передовой технологией Американским Ресурсным Центром по предотвращению самоубийств (SPRS) и вошёл в реестр лучших технологий Американского фонда предотвращения самоубийств [18]. В настоящее время метод планирования безопасности широко применяется в работе с подростками в США [17, 19], в странах Европы [20], в Австралии [21], в Республике Корея [22]. Данная технология активно используется во многих учреждениях здравоохранения, оказывающих неотложную помощь суицидальным пациентам, в том числе, в отделениях скорой медицинской помощи [23, 24], в травматологических центрах, на кризисных горячих линиях и в психиатрических стационарах [19, 25, 26]. Данный метод имеет доказанную эффективность [19, 20, 26] и может использоваться как самостоятельная технология, так и в рамках краткосрочного психотерапевтического вмешательства.

#### *Разработка плана безопасности с подростками*

Планирование безопасности проводится совместно со специалистом, обученным методике вмешательства и особенностям ведения беседы с подростком в состоянии суицидального кризиса [27]. Это могут быть:

- 1) врачи психиатры и клинические психологи психиатрических учреждений;
- 2) клиницисты отделений скорой неотложной помощи и кризисных стационаров;

Restoration of mental balance and prevention of SC in the future are the main tasks of intervention in the post-suicidal period.

#### *Safety planning intervention*

Safety Planning Intervention is a short-term intervention aimed at preventing repeated suicide attempts. The safety plan (SP) includes a list of pre-prepared behavioral strategies and sources of support that patients can use to reduce their emotional distress when the first signs of SC appear. This is very important especially at a time when cognitive control and executive functions are impaired. In addition, SP allows the patient to avoid the social isolation that accompanies CS.

The safety planning intervention was developed in the framework of cognitive-behavioral therapy and was first tested by Gregory Brown et al., Professor at the School of Medicine at the University of Pennsylvania. [15]. Together with a professor from New York University of Psychiatry Barbara Stanley, the method was adapted to work with war veterans who tried to commit suicide [16], and later – for use in work with adolescents [17].

This method is recognized as an advanced technology by the American Suicide Prevention Resource Centre (SPRS) and entered the list of the best technologies of the American Suicide Prevention Foundation [18]. At present, the method of safety planning is widely used in work with adolescents in the USA [17, 19], in Europe [20], in Australia [21], in the Republic of Korea [22]. This technology is actively used in many healthcare institutions providing emergency care for suicidal patients, including emergency departments [23, 24], trauma centers, crisis hotlines and psychiatric hospitals [19, 25, 26]. This method has proven effectiveness [19, 20, 26] and can be used both as an independent technology and as part of a short-term psychotherapeutic intervention.

#### *Developing a safety plan with adolescents*

Safety planning is carried out in conjunction with a specialist trained in the technique of intervention and the peculiarities of conducting a conversation with a teenager in a state of suicidal crisis [27]. It can be:

- 1) psychiatrists and clinical psychologists of psychiatric institutions;
- 2) clinicians of emergency departments and crisis hospitals;

- 3) сотрудники служб психического здоровья;
- 4) телефонные консультанты кризисных линий.

Разработка ПБ происходит после всесторонней оценки риска самоубийства. Подростка просят рассказать свою историю как можно подробнее. Во время рассказа клиницист должен получить точный отчёт о тех событиях, которые предшествовали и сопровождали суицидальный кризис, а также о тех чувствах и поведении, которые отмечались у подростка. Совместное обсуждение индексированной попытки помогает облегчить распознавание предупреждающих знаков, которые в дальнейшем должны быть включены в план безопасности. ПБ записывается подростком самостоятельно с использованием бумажной формы. Он должен состоять из кратких инструкций, которые сначала обсуждаются и проговариваются с терапевтом, а затем четко формулируются и записываются. Все записи должны быть легко читаемы и понимаемы подростком.

#### *Разделы плана безопасности*

Раздел I. *Распознавание предупреждающих знаков, свидетельствующих о приближении СК.*

Список предупреждающих знаков обычно включает перечень конкретных ситуаций, которые являются наиболее стрессовыми для подростка. К предупреждающим знакам относят изменения эмоционального состояния и поведения, которые появляются в ответ на стресс. Список помогает подростку понять, когда следует использовать план безопасности и что следует предпринять. Подростка информируют о том, что при возникновении стрессовой ситуации он должен обращать внимание на любые изменения эмоционального состояния и поведения, при появлении которых следует немедленно обратиться к плану безопасности.

#### *Раздел II. Создание безопасной среды.*

Важно обсудить с подростком и родителями необходимость устранения любых потенциально смертельных средств из окружающей обстановки. Это могут быть таблетки, острые и режущие предметы, огнестрельное оружие и другое. Должны быть достигнуты гарантии того, что ответственный взрослый уберёт все потенциально опасные средства из поля доступа подростка.

Раздел III. *Определение и использование внутренних стратегий совладания.*

Внутренние стратегии включают в себя список действий, которые подросток может выполнить, чтобы справиться с суицидальными побуждениями без помощи других людей. Обычно это действия, которые проводятся с целью отвлечения от мыслей о самоубийстве. Список стратегий может быть составлен из арсенала, имеющегося у пациента. Однако терапевт также предлагает возможные варианты и обучает подростка техникам пе-

- 3) employees of mental health services;
- 4) telephone consultants of crisis lines.

The development of SP occurs after a comprehensive assessment of the risk of suicide. The teen is asked to tell their story in as much detail as possible. During the story, the clinician should receive an accurate account of the events that preceded and accompanied the suicidal crisis, as well as those feelings and behavior that were noted by the adolescent. Discussing the indexed attempt together helps to facilitate the recognition of warning signs, which should later be included in the security plan. SP is recorded by a teenager independently using a paper form. It should consist of short instructions, which are first discussed and spoken with the therapist, and then clearly formulated and written down. All entries should be easy to read and understand by the teenager.

#### *Safety plan sections*

Section I. *Recognition of warning signs indicating the approach of the SC.*

A warning sign list usually includes a list of specific situations that are most stressful for a teenager. Warning signs include changes in emotional state and behavior that appear in response to stress. The checklist helps your teen understand when to use the safety plan and what to do. The adolescent is advised that when a stressful situation arises, he should pay attention to any changes in emotional state and behavior, in the event of which they should immediately refer to the safety plan.

Section II. *Creation of a safe environment.*

It is important to discuss with the teenager and their parents the need to eliminate any potentially fatal environmental agents. It can be pills, sharp and cutting objects, firearms and others. Assurances must be made that a responsible adult removes all potentially hazardous means from the adolescent's reach.

Section III. *Identifying and using internal coping strategies.*

Internal strategies include a list of actions a teenager can take to deal with suicidal urges without the help of others. Usually these are actions that are carried out in order to distract from thoughts of suicide. The list of strategies can be drawn from the patient's arsenal. However, the therapist also suggests options and trains the adolescent to shift attention, relax, and practice self-regulation

реключения внимания, релаксации и саморегуляции. Пациента информируют о том, что, если внутренние стратегии не помогают, следует обратиться к внешним стратегиям.

Раздел IV. *Определение и использование внешних стратегий.*

Внешние стратегии ПБ включают в себя целый ряд возможных форм поведения, в том числе, получение помощи от друзей. Подросток должен вспомнить своих друзей, с которыми можно связаться для того, чтобы отвлечься или поднять настроение, записать их имена. Внешние стратегии могут включать обращения к родственникам или другим значимым людям из социального окружения подростка, которых он может попросить о помощи. Имена значимых людей и их телефоны записываются в ПБ. В плане безопасности обязательно указываются профессионалы в области психического здоровья, их имена и номера телефонов, куда подросток может позвонить, чтобы получить помощь.

Терапевт и пациент совместно анализируют каждый шаг плана, обсуждают и предусматривают любые потенциальные препятствия на пути его реализации. ПБ всегда хранится там, где его можно легко найти. В составлении ПБ могут участвовать члены семьи. Терапевт и пациент совместно обсуждают вопрос о том, как семья может помочь пациенту использовать план безопасности.

Раздел V. *Составление списка причин, по которым стоит жить.*

В заключительной части ПБ обязательно следует определить те причины, по которым подростку стоит жить. Это могут быть приятные занятия, любимые увлечения, хобби, а также животные или близкие люди, которые поддерживают у молодого человека желание к жизни.

*Планирование безопасности: пример из практики*

Пациентка К., 14 лет, находилась на лечении в детском отделении КГБУЗ «Красноярский клинический ПНД №1» с клиническим диагнозом F92.8. Поступление повторное, связано с суицидальной попыткой (отравление таблетками). *Суицидальный анамнез.* У матери было две попытки суицида – в 2018 и 2020 годах. Один из родственников совершил законченный суицид путём самоповешения. У девочки ранее уже отмечались суицидальные намерения и попытки: хотела сброситься с крыши дома, броситься под поезд, совершала умышленные самоповреждения. Девочка проживает с бабушкой, родители в разводе около двух лет. В семье родителей постоянные ссоры и конфликты, отец избивал мать на глазах у дочери.

techniques. The patient is advised that if internal strategies do not work, external strategies should be consulted.

Section IV. *Definition and use of external strategies.*

External SP strategies include a range of possible behaviors, including getting help from friends. The teenager should remember about their friends, who they can contact in order to distract or cheer up, write down their names. External strategies may include reaching out to relatives or other significant people in the adolescent's social environment who they may ask for help. The names of significant people and their phones are recorded in the SP. The safety plan must include mental health professionals, their names and phone numbers where the teenager can call for help.

The therapist and the patient together analyze each step of the plan, discuss and foresee any potential obstacles to its implementation. The SP is always stored where it can be easily found. Family members can participate in the preparation of the SP. The therapist and patient discuss together how the family can help the patient use the safety plan.

Section V. *Making a list of reasons why it is worth living.*

In the final part of the SP, it is imperative to determine the reasons why a teenager should live. These can be pleasant activities, favorite hobbies, hobbies, as well as animals or close people that support the young person's desire for life.

*Safety planning: a case study*

Patient K., 14 years old, was treated in the pediatric department of the Krasnoyarsk Clinical Psychoneurological dispensary No. 1 with a clinical diagnosis of F92.8. Readmission is associated with a suicidal attempt (pill poisoning). Suicidal history. Patient's mother had two suicide attempts, in 2018 and 2020. One of the relatives committed a complete suicide by self-hanging. The patient had previously tried out suicidal intentions and attempts: she wanted to throw herself off the roof of the house, throw herself under a train, and committed deliberate self-harm. The girl lives with her grandmother, her parents have been divorced for about two years. There are constant quarrels and conflicts in the parents family, the father beats the mother in front of their daughter.

ПЛАН БЕЗОПАСНОСТИ	SAFETY PLANNING												
Шаг 1. <i>Предупреждающие признаки суицидального кризиса</i>	Step 1. <i>Recognition of warning signs indicating the approach of the SC</i>												
<i>Какие могут быть ситуации</i>	<i>What kind of situations can occur</i>												
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Когда мы ругаемся с родителями</li> <li>2. Когда надо мной издеваются в школе</li> <li>3. Когда родители ругаются, орут друг на друга</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. When we have an argument with parents</li> <li>2. When I am being bullied at school.</li> <li>3. When my parents are having an argument shouting at each other.</li> </ol>												
<i>Как я это могу это почувствовать</i>	<i>How can I feel that?</i>												
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Повысится тревога</li> <li>2. Будет плохое настроение, пустота на душе, апатия</li> <li>3. Захочу сделать себе больно</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. My anxiety increases.</li> <li>2. I will feel down, empty-souled, apathic.</li> <li>3. I will have a desire to hurt myself.</li> </ol>												
<i>Как у меня изменится поведение</i>	<i>How will my behavior change</i>												
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Захочу спрятаться от людей</li> <li>2. Ни с кем не буду разговаривать</li> <li>3. Буду сидеть дома, никуда не захочу выходить</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. I will want to hide away from people.</li> <li>2. I will not speak with anyone.</li> <li>3. I will stay at home without desire to go out.</li> </ol>												
Шаг 2. <i>Создать безопасную среду</i>	Step 2. <i>Creation of a safe environment</i>												
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Убрать таблетки</li> <li>2. Выкинуть лезвия</li> <li>3. Вытащить ручки из окон, как в больнице</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. To put away pills.</li> <li>2. To throw out blades.</li> <li>3. To get window handles out (like in hospitals)</li> </ol>												
Шаг 3. <i>Что я могу сделать самостоятельно</i>	Step 3. <i>What I can do myself.</i>												
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Послушать музыку дождя, сходить погулять</li> <li>2. Потрогать ежика, побить подушку, покричать</li> <li>3. Найти в окружении 5 предметов одного цвета</li> <li>4. Использовать дыхательные техники</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. I can listen to the music of the rain, go for a walk.</li> <li>2. I can touch a hedgehog, beat a pillow, shout.</li> <li>3. I can look for 5 items of the same color in the room.</li> <li>4. I can use breathing techniques.</li> </ol>												
Шаг 4. <i>К каким друзьям я могу обратиться</i>	Step 4. <i>Who of my friends I can turn to.</i>												
<table> <tr> <td>1. Вероника</td> <td>Тел.: 7-AAA-BBB-AA-BB</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Тел.: 7-...</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Тел.: 7-...</td> </tr> </table>	1. Вероника	Тел.: 7-AAA-BBB-AA-BB	2.	Тел.: 7-...	3.	Тел.: 7-...	<table> <tr> <td>1. Veronica</td> <td>Phone # 7-AAA-BBB-AA-BB</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>..., phone # 7-</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>..., phone # 7-</td> </tr> </table>	1. Veronica	Phone # 7-AAA-BBB-AA-BB	2.	..., phone # 7-	3.	..., phone # 7-
1. Вероника	Тел.: 7-AAA-BBB-AA-BB												
2.	Тел.: 7-...												
3.	Тел.: 7-...												
1. Veronica	Phone # 7-AAA-BBB-AA-BB												
2.	..., phone # 7-												
3.	..., phone # 7-												
Шаг 5. <i>К каким людям я могу обратиться</i>	Step 5. <i>What people I can turn to.</i>												
<table> <tr> <td>1. Мама Н.</td> <td>Тел.: 7-AAA-BBB-BB-BB</td> </tr> <tr> <td>2. Папа О.</td> <td>Тел.: 7-AAA-ABB-BB-BB</td> </tr> <tr> <td>3. Бабушка В.</td> <td>Тел.: 7-AAA-BBB-AA-BB</td> </tr> </table>	1. Мама Н.	Тел.: 7-AAA-BBB-BB-BB	2. Папа О.	Тел.: 7-AAA-ABB-BB-BB	3. Бабушка В.	Тел.: 7-AAA-BBB-AA-BB	<table> <tr> <td>1. Mom,</td> <td>phone # 7-AAA-BBB-AA-BB</td> </tr> <tr> <td>2. Dad,</td> <td>phone # 7-AAA-BBB-AA-BB</td> </tr> <tr> <td>3. Grandma,</td> <td>phone # 7-AAA-BBB-AA-BB</td> </tr> </table>	1. Mom,	phone # 7-AAA-BBB-AA-BB	2. Dad,	phone # 7-AAA-BBB-AA-BB	3. Grandma,	phone # 7-AAA-BBB-AA-BB
1. Мама Н.	Тел.: 7-AAA-BBB-BB-BB												
2. Папа О.	Тел.: 7-AAA-ABB-BB-BB												
3. Бабушка В.	Тел.: 7-AAA-BBB-AA-BB												
1. Mom,	phone # 7-AAA-BBB-AA-BB												
2. Dad,	phone # 7-AAA-BBB-AA-BB												
3. Grandma,	phone # 7-AAA-BBB-AA-BB												
Шаг 6. <i>К каким профессионалам я могу обратиться</i>	Step 6. <i>What professionals I can turn to.</i>												
<table> <tr> <td>1. Позвонить на телефон доверия</td> <td>Тел.: 7-AAA-BBB-AA-BB</td> </tr> <tr> <td>2. Позвонить лечащему врачу</td> <td>Тел.: 7-AAA-BBA-AA-BB</td> </tr> <tr> <td>3. Позвонить своему психологу</td> <td>Тел.: 7-AAA-BBG-AA-BB</td> </tr> </table>	1. Позвонить на телефон доверия	Тел.: 7-AAA-BBB-AA-BB	2. Позвонить лечащему врачу	Тел.: 7-AAA-BBA-AA-BB	3. Позвонить своему психологу	Тел.: 7-AAA-BBG-AA-BB	<table> <tr> <td>1. Call the Suicide Support Helpline,</td> <td>phone # 7-AAA-BBB-AA-BB</td> </tr> <tr> <td>2. Call the doctor,</td> <td>phone # 7-AAA-BBB-AA-BB</td> </tr> <tr> <td>3. Call the therapist,</td> <td>phone # 7-AAA-BBB-AA-BB</td> </tr> </table>	1. Call the Suicide Support Helpline,	phone # 7-AAA-BBB-AA-BB	2. Call the doctor,	phone # 7-AAA-BBB-AA-BB	3. Call the therapist,	phone # 7-AAA-BBB-AA-BB
1. Позвонить на телефон доверия	Тел.: 7-AAA-BBB-AA-BB												
2. Позвонить лечащему врачу	Тел.: 7-AAA-BBA-AA-BB												
3. Позвонить своему психологу	Тел.: 7-AAA-BBG-AA-BB												
1. Call the Suicide Support Helpline,	phone # 7-AAA-BBB-AA-BB												
2. Call the doctor,	phone # 7-AAA-BBB-AA-BB												
3. Call the therapist,	phone # 7-AAA-BBB-AA-BB												
<i>Ради чего мне стоит жить</i>	<i>What should I live for</i>												
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ради младшего брата, сестры, родителей, собаки</li> <li>2. Ради того, чтобы создать свой сад с подсолнухами</li> <li>3. Ради своей лучшей подруги и нашей общей цели</li> <li>4. Ради того, чтобы еще раз почувствовать себя счастливой</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. I should live for my younger brother and sister, my parents, my dog</li> <li>2. I should live to my own garden with sunflowers</li> <li>3. I should live for my best girl-friend and our common goal</li> <li>4. I should live to feel happy again</li> </ol>												

Рис. 1 / Fig 1. Пример плана безопасности / A sample safety plan.

Отмечалось физическое насилие над ребёнком («мама кидалась на меня, губу разбила, зашивать не поехали», «с папой только один раз подрались»). Родители и бабушка постоянно обвиняют ребёнка («зря мы тебя родили», «поженились только потому, что ты родилась», «лучше бы я аборт сделала» и так далее). Если девочка начинала плакать, реакция родителей следующая: «дать ремня и все пройдёт».

При поступлении девочка подавлена, сидит с опущенной головой, на вопросы отвечает односложно. При осмотре в области предплечий имеются множественные порезы и ожоги. В отделении сохранялась подавленность, плаксивость, избегала общения с другими детьми. Спустя 1 месяц после начала медикаментозного лечения состояние улучшилось, подключена групповая терапия, затем индивидуальная когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ). В рамках КПТ проводилась работа над планом безопасности (рис. 1).

На первом этапе, после детального обсуждения индексированной суицидальной попытки, были выявлены предупреждающие знаки суицидального кризиса и зафиксированы те ситуации, которые являются травматичными, а также те эмоции и виды поведения, которые сигнализируют о приближении СК (шаг 1). Для создания безопасной среды обсуждены все возможные способы устранения провоцирующих факторов в окружающей обстановке (шаг 2). Внутренние стратегии составлялись с использованием уже знакомых приёмов, а также с включением методов релаксации, которым подросток был обучен (шаг 3). В число друзей вошла одна близкая подруга (шаг 4). В список людей, от которых девочка ожидает поддержки, были включены мать, отец и бабушка (шаг 5). Надо отметить, что практически у всех подростков имеется вера в то, что когда они выйдут из больницы, то обязательно всё изменится, а родители их наконец-то услышат и поймут. Поэтому беседа с родителями необходима. Список профессионалов включал телефон доверия (шаг 6).

В ходе проведения терапии состояние девочки улучшилось: стала активнее, начала общаться с другими детьми, появились планы на будущее, переосмыслила свой поступок (суицидальная попытка), появилось желание жить дальше. Совместно с терапевтом составлен список причин, по которым стоит жить. Выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового психиатра.

**Выводы.**

Подростки, предпринявшие суицидальную попытку, имеют наибольший риск повторного суицида, поэтому своевременное вмешательство является одной из главных задач профилактики. Метод планирования безо-

Physical abuse of the child was noted (“my mother threw herself at me, broke my lip, but we didn't go to hospital to treat it”, “I had a fight with my father only once”). Parents and grandmother constantly blame the child (“we shouldn't have given you a birth,” “we got married just because you were born,” “I wish I had an abortion,” and so on). If the girl started crying, the reaction of the parents is as follows: “if we beat her, she will calm down.”

Upon admission, the girl is depressed, sits with her head down, answers the questions with one word. On examination, the forearms show multiple cuts and burns. In the department, depression, tearfulness persisted, and she avoided communication with other children. After 1 month of medical treatment, her condition improved, group therapy was added, then individual cognitive-behavioral psychotherapy (CBT). Within the framework of the CBT, work was carried out on a safety plan (Fig. 1).

At the first stage, after a detailed discussion of the indexed suicide attempt, warning signs of suicide crisis were identified and those situations that are traumatic, as well as those emotions and behaviors that signal the approach of SC (step 1) were recorded. To create a safe environment, all possible ways to eliminate provoking factors in the environment were discussed (step 2). Internal strategies were drawn up using familiar techniques and incorporating relaxation techniques that the teenager was trained in (step 3). A close friend was included in the group of friends (step 4). The list of people from whom the girl expects support included her mother, father and grandmother (step 5). It should be noted that almost all adolescents have a belief that when they leave hospital, everything will definitely change, and their parents will finally hear and understand them. Therefore, a conversation with parents is necessary. The list of professionals included a helpline (step 6).

During therapy, the girl's condition improved: she became more active, began to communicate with other children, had some plans for the future, she thought over her act (suicide attempt), and a desire to live on. Together with the therapist, a list of reasons why it is worth living was compiled. She was discharged in satisfactory condition under the supervision of a local psychiatrist.

**Conclusions.**

Adolescents who have made a suicide attempt are at greatest risk of repeated suicide,



пасности с подростками в постсуицидальном периоде направлен на предотвращение дальнейшего суицидального кризиса и может использоваться как самостоятельная технология, так и в рамках краткосрочного психотерапевтического вмешательства. План безопасности включает список заранее подготовленных стратегий поведения и источников поддержки, которые пациенты могут использовать с целью снижения у них эмоциональных переживаний при появлении первых признаков неблагополучия.

Данный метод имеет доказанную эффективность, не требует дополнительных финансовых затрат, ему несложно обучиться. Поэтому методику планирования безопасности могут использовать специалисты, непосредственно участвующие в оказании помощи подросткам в отделениях скорой неотложной помощи, в кризисных стационарах и в психиатрических больницах.

## Литература / References:

1. Lim K.S., Wong C.H., McIntyre R.S., et al. Global Lifetime and 12-Month Prevalence of Suicidal Behavior, Deliberate Self-Harm and Non-Suicidal Self-Injury in Children and Adolescents between 1989 and 2018: A Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2019; 16 (22): 4581. DOI: 10.3390/ijerph16224581
2. Campisi S.C., Carducci B., Akseer N., et al. Suicidal behaviours among adolescents from 90 countries: a pooled analysis of the global school-based student health survey. *BMC Public Health*. 2020; 20 (1): 1102. DOI: 10.1186/s12889-020-09209-z
3. Voss C., Ollmann T.M., Miché M., et al. Prevalence, Onset, and Course of Suicidal Behavior Among Adolescents and Young Adults in Germany. *JAMA Netw. Open*. 2019; 2 (10): e1914386. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2019.14386
4. Zygo M., Pawłowska B., Potembska E., et al. Prevalence and selected risk factors of suicidal ideation, suicidal tendencies and suicide attempts in young people aged 13-19 years. *Ann. Agric. Environ. Med.* 2019; 26 (2): 329-336. DOI: 10.26444/aaem/93817
5. Sampasa-Kanyinga H., Dupuis L.C., Ray R. Prevalence and correlates of suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Int. J. Adolesc. Med. Health*. 2017; 29 (2). DOI: 10.1515/ijamh-2015-0053
6. Uddin R., Burton N.W., Maple M., et al. Suicidal ideation, suicide planning, and suicide attempts among adolescents in 59 low-income and middle-income countries: a population-based study. *Lancet Child Adolesc. Health*. 2019; 3 (4): 223-233. DOI: 10.1016/S2352-4642(18)30403-6
7. Catalozzi M., Pletcher J.R., Schwarz D.F. Prevention of suicide in adolescents. *Curr. Opin. Pediatr.* 2001; 13: 417.
8. Prinstein M.J. Introduction to the special section on suicide and nonsuicidal self-injury: A review of unique challenges and important directions for self-injury science. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2008; 76 (1): 1-8.
9. Hawton K., Saunders K.E., O'Connor R.C. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012; 379 (9834): 2373-2382.
10. Yaseen Z.S., Hawes M., Barzilay S., et al. Predictive Validity of Proposed Diagnostic Criteria for the Suicide Crisis Syndrome: An Acute Presuicidal State. *Suicide Life Threat Behav.* 2019; 49 (4): 1124-1135. DOI: 10.1111/sltb.12495
11. Barzilay S., Assounga K., Veras J., et al. Assessment of near-term risk for suicide attempts using the suicide crisis inventory. *J. Affect. Disord.* 2020; 1 (276): 183-190. DOI: 10.1016/j.jad.2020.06.053
12. Schuck A., Calati R., Barzilay S., et al. Suicide Crisis Syndrome: A review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis. *Behav. Sci. Law*. 2019; 37 (3): 223-239. DOI: 10.1002/bsl.2397
13. Bloch-Elkouby S., Gorman B., Schuck A., et al. The suicide crisis syndrome: A network analysis. *J. Couns. Psychol.* 2020; 67 (5): 595-607. DOI: 10.1037/cou0000423
14. Cohen L.J., Ardan F., Yaseen Z. et al. Suicide Crisis Syndrome Mediates the Relationship Between Long-term Risk Factors and Lifetime Suicidal Phenomena. *Suicide Life Threat Behav.* 2018; 48 (5): 613-623. DOI: 10.1111/sltb.12387
15. Brown G.K., Have T., Henriques G. R., et al. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *J. Am. Med. Association*. 2005; 294: 563-570.
16. Stanley B., Brown G.K. Safety planning to reduce suicide risk. Unpublished manuscript, Columbia University and University of Pennsylvania. 2006.
17. Stanley B., Brown G.K., Brent D. et al. Cognitive Behavior Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP): Treatment model, feasibility and acceptability. *J. Am. Acad. Child and Adolesc. Psychiatry*. 2009; 48: 1005-1013.
18. Stanley B., Brown G.K. Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2012; 19 (2): 256-264. DOI: 10.1016/j.cbpra.2011.01.001
19. Czyz E.K., King C.A., Prouty D., et al. Adaptive intervention for prevention of adolescent suicidal behavior after hospitalization: a pilot sequential multiple assignment randomized trial. *Child Psychol. Psychiatry*. 2021; 15. DOI: 10.1111/jcpp.13383
20. Notredame C.E., Medjkane F., Porte A., et al. Relevance and experience of surveillance and brief contact intervention systems in preventing reattempts of suicide among children and adolescents. *Encephale*. 2019; 45 (1): S32-S34. DOI: 10.1016/j.encep.2018.10.007
21. Janackovski A., Deane F.P., Hains A. Psychotherapy and youth suicide prevention: An interpretative phenomenological analysis of specialist clinicians' experiences. *Clin. Psychol. Psychother.* 2020; 7. DOI: 10.1002/cpp.2536
22. Jeong Y.W., Chang H.J., Kim J.A. Development and Feasibility of a Safety Plan Mobile Application for Adolescent Suicide Attempt Survivors. *Comput. Inform. Nurs.* 2020; 38 (8): 382-392. DOI: 10.1097/CIN.0000000000000592



23. Asarnow J.R., Babeva K., Horstmann E. The Emergency Department: Challenges and Opportunities for Suicide Prevention. *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2017; 26 (4): 771-783. DOI: 10.1016/j.chc.2017.05.002
24. Labouliere C.D., Stanley B., Lake A.M., et al. 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. DOI: 10.1111/sltb.12554
25. Czyz E.K., Arango A., Healy N., et al. Augmenting Safety Planning With Text Messaging Support for Adolescents at Elevated Suicide Risk: Development and Acceptability Study. *JMIR Ment. Health.* 2020; 7 (5): e17345. DOI: 10.2196/17345
26. Kayman D.J., Marjorie F., et al. Safety Planning for Suicide Prevention: A Review. *Current Treatment Options in Psychiatry.* 2016; 3 (4). DOI: 10.1007/s40501-016-0099-0
27. Bettis A.H., Donise K.R., MacPherson H.A., et al. Safety Planning Intervention for Adolescents: Provider Attitudes and Response to Training in the Emergency Services Setting. *J. C. Psychiatr. Serv.* 2020; 71 (11): 1136-1142. DOI: 10.1176/appi.ps.201900563

## PLANNING SAFETY WITH ADOLESCENTS AFTER A SUICIDE ATTEMPT

N.B. Semenova

Krasnoyarsk Scientific Centre of Siberian Division of Russian Academy of Sciences, Scientific Research Institute for Medical Problems of the North, Krasnoyarsk, Russia; snb237@gmail.com

### Abstract:

Suicide among adolescents is an actual problem in many countries of the world. It is known that the greatest risk of suicide is in young people who have previously attempted suicide. Aim: to present a safety planning intervention when working with adolescents who have made a suicide attempt (SA). Description of the method. The article presents a technology of planning safety when working with adolescents in the post-suicide period, aimed at preventing suicidal crisis in the future. There is also presented a detailed algorithm for drawing up a safety plan (SP) that includes a list of pre-prepared behavioral strategies and sources of support that patients can use to reduce their emotional experiences when the first signs of mental distress appear. The main sections of the SP are described: 1. Recognition of warning signs indicating the approach of a suicidal crisis. 2. Creation of a safe environment. 3. Identification and use of internal coping strategies. 4. Definition and use of external strategies. 5. Making a list of reasons why it is worth living. An example of the practical use of a safety plan in working with an adolescent hospitalized in the children's department of a psychiatric hospital is given. Findings. The planning safety method has a proven efficiency, does not require additional financial costs, and is easy to learn. This method can be used both as an independent technology and as part of a short-term psychotherapeutic intervention. Therefore, the safety planning method can be used by professionals who are directly involved in the care of adolescents in emergency departments, in crisis hospitals and in psychiatric hospitals

*Key words:* suicide, suicide attempt, adolescents, planning safety with adolescents

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The author declares no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 24.12.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 17.03.2021.

Для цитирования: Семёнова Н.Б. Планирование безопасности с подростками, совершившими суицидальную попытку. *Суицидология.* 2021; 12 (1): 64-72. doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-64-72

For citation: Semenova N.B. Planning safety with adolescents after a suicide attempt. *Suicidology.* 2021; 12 (1): 64-72. doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-64-72 (In Russ / Engl)