



ПАМЯТКА ПО ОЗНАКОМЛЕНИЮ С ФАКТОРАМИ РИСКА И ПРИЗНАКАМИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, А ТАКЖЕ МЕТОДАМИ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

*Научно-практический центр профилактики суицидов
и опасного поведения несовершеннолетних
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России*

Самоубийства занимают второе место, как причины смерти, в детском и подростковом возрастах и десятое – среди всех возрастных групп. Ежегодно кончают жизнь самоубийством 1,2 миллиона подростков. Скачок уровня суицидов отмечается между ранним подростковым и молодым возрастом¹. Суицид – вторая по распространенности причина смерти в возрасте 15-29 лет². По другим данным, самоубийство является третьей по значимости причиной смерти молодых людей в возрасте 10-19 лет во всем мире³, и уровень самоубийств среди молодежи (15-19 лет) растет быстрее, чем среди населения в целом (45% против 26%)⁴. Подростковый возраст знаменует собой начало и быстрое развитие многих психических расстройств (например, депрессии, тревоги), которые способствуют повышенному риску самоубийства⁵. Повышенный риск суицида наблюдается в период с 12 до 17 лет, на каждую смерть от самоубийства среди молодежи приходится от 50 до 100 попыток суицида⁶. По всему миру показатели смертности от суицида в этой возрастной группе выше у юношей, чем у девушек. Суицидальные мысли редко фиксируются у детей до 10 лет, но резко учащаются в 12-17 лет⁷. Многие взрослые суициденты думали или пытались покончить с собой еще подростками⁸, что подчеркивает важность ранней профилактики суицидального

¹ National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. WHO, 2018.

² Rodway C., et al. Suicide in children and young people in England: a consecutive case series // *Lancet Psychiatry*. 2016. № 3. P. 751–59. Published Online May 25, 2016. doi: doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30094-3

³ Adolescent mental health: reasons to be cheerful // *The Lancet Psychiatry*. 2017. Vol. 4(7). P. 507.

⁴ Griffin E., et al. Increasing rates of self-harm among children, adolescents and young adults: a 10-year national registry study 2007-2016 // *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018. Vol. 53(7). P. 663–671.

⁵ Boden J.M., Fergusson D.M., Horwood L.J. Anxiety disorders and suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: Findings from a longitudinal study // *Psychological Medicine*. 2007. Vol. 37 (3). P. 431–440.

⁶ Nock M.K., et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement // *JAMA Psychiatry*. 2013. Vol. 70(3). P. 300–310.

Shain B. Suicide and Suicide Attempts in Adolescents // *Pediatrics*. 2016. Vol. 138(1).

⁷ Glenn CR, Lanzillo EC, Esposito EC, et al. Examining the course of suicidal and nonsuicidal self-injurious thoughts and behaviors in outpatient and inpatient adolescents. *JAbnormChildPsychology*. 2017;45(5):971–83.

⁸ Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(7): 617–26. [[PubMed](#)]

поведения. Важной составляющей динамики развития суицидального поведения являются акты самоповреждения. Считается, что средний показатель самоповреждающего поведения составляет 10%-13%. Причем среди европейских подростков девушки в среднем в три раза чаще говорят о случаях самоповреждения, чем юноши⁹. На основании опроса около 4000 подростков 3 регионов России процент риска самоповреждающего поведения колебался от 12% до 25%, в зависимости от региона¹⁰.

В России, после периода постоянного снижения количества суицидов несовершеннолетних до 2015 года, в 2016-2018 гг. отмечалось увеличение их числа. По данным Росстата, в 2017 г. коэффициент частоты завершенных суицидов среди детей 10-14 лет составил 1,6 на 100 000 лиц этого возраста (в 2 раза больше среднемирового показателя), а среди подростков 15-19 лет - 8,4 на 100 000 ровесников (на 13,5% больше, чем в мире). При этом, соответствующий показатель в сельской местности (2,3 на 100 000) превышает таковой у подростков, проживающих в городах (0,8 на 100 000), в 2,9 раза.

Факторы риска развития суицидального поведения

Сочетание внешних нарастающих проблем и внутренней нестабильности, неспособность справиться со стрессовыми сложными ситуациями приводит к социальной и психологической дезадаптации несовершеннолетних, а в значительной части случаев – к развитию психопатологических состояний. Все это в совокупности может способствовать аутоагрессивному поведению несовершеннолетних и, в конце концов, совершению самоубийства¹¹.

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

Потенциальные факторы суицидального поведения

- *Суицидальные попытки в истории жизни* один из основных факторов прогнозирования возможных повторных суицидальных попыток. Наибольший риск повторной попытки приходится на первые 3-6 месяцев¹². 20% пытавшихся покончить жизнь самоубийством могут предпринять суицидальную попытку в течение первого года, а 5% совершают самоубийство в течение 9 лет¹³.

⁹ O'Connor R.C., Rasmussen S., Hawton K. Adolescent self-harm: A school-based study in Northern Ireland // Journal of Affective Disorders. 2014. Vol. 159. P. 46-52.

¹⁰ Банников Г.С., Павлова Т.С., Федунина Н.Ю., Вихристюк О.В., Гаязова Л.А., Баженова М.Д. Раннее выявление потенциальных и актуальных факторов риска суицидального поведения у несовершеннолетних. Суицидология. 2018; 9 (2): 82-91.

¹¹ Макушкин Е.В., Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г., Сырковашина К.В., Ошевский Д.С., Чибисова И.А., Терехина С.А. Возрастные особенности психического развития и состояния несовершеннолетних, совершивших завершённые суициды. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019;119(5 вып. 2):20-24.

¹² Lewinsohn P.M., Rohde P., Seeley J.R. Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. Clin.Psychology SciPractice. 1996; 3: 25-36.

¹³ Owens D., Horrocks J., House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. Br J Psychiatry, 2002; 181: 193-9.

- **Акты самоповреждения, скрываемые, постоянные.** Самоповреждения могут стать предшественниками «истинного» самоубийства¹⁴.

- **Психические нарушения.** Наличие диагноза психического расстройства связано с увеличением риска самоубийства¹⁵. Риск самоубийства для несовершеннолетних с психическими расстройствами в 5-15 раз выше, чем без психических расстройств¹⁶. Наиболее распространенными диагнозами являются тревожно-депрессивные расстройства (32-47%), шизофрения (15-20%), алкогольная зависимость (8-17%), расстройства личности (8-11%) и лекарственная зависимость (3-9%)¹⁷. Тревожные расстройства также в значительной степени способствуют риску самоубийства, особенно на пике выраженного, беспричинного страха¹⁸. Частота самоубийств подростков 14–25 лет, страдающих нервной анорексией, в 8 раз превышает таковую в общем населении, особо при сочетании с диссоциальным, пограничным, истерическим и нарциссическим расстройствами личности¹⁹. Расстройство пищевого поведения связано с повышенным риском тяжелых попыток самоубийств²⁰.

У подростков моложе 12 лет совершивших самоубийство только в 25% выявлялись психические расстройства, а в 30% перед совершением самоубийства наблюдались лишь отдельные депрессивные симптомы²¹.

- Семейные факторы

а) психические заболевания у ближайших родственников, а также суицидальные попытки в семейной истории;

б) стиль воспитания, известный как «контроль без привязанности» увеличивает риск развития суицидального поведения²²;

в) низкий социально-экономический статус и образовательный уровень, наличие нетрудоустроенных членов семьи и, как следствие, недостаточная интеграция ребёнка в социум;

г) хронические конфликты в семье, частые ссоры между родителями (опекунами), недостаток внимания и заботы о детях в семье, недостаточное внимание к состоянию ребёнка (например, из-за нехватки времени);

д) алкоголизация, наркомания или другие виды антисоциального поведения родителей;

е) проживание (по разным причинам) без родителей.

¹⁴ Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med.* 2016;46:225–36. [PMCFreearticle]

¹⁵ Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(10):1058–1064. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.113

¹⁶ Windfuhr K, Kapur N. Suicide and mental illness: a clinical review of 15 years findings from the UK National Confidential Inquiry into Suicide. *Br Med Bull.* 2011;100:101–121. doi:10.1093/bmb/ldr042

¹⁷ Värnik P. Suicide in the world. *Int J Environ Res Public Health.* 2012;9(3):760–771. doi:10.3390/ijerph9030760

¹⁸ Yaseen ZS, Chartrand H, Mojtabai R, Bolton J, Galynker II. Fear of dying in panic attacks predicts suicide attempt in comorbid depressive illness: prospective evidence from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Depress Anxiety.* 2013;30(10):930–939. doi:10.1002/da.22039

¹⁹ Pompili M, Mancinelli L, Girardi P., et al. Suicide in anorexia nervosa: a meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2004; 36 (1): 99–103.

²⁰ Borowsky I.W., Ireland M., Resnick M.D. Adolescent suicide attempts: Risks and protectors. *Pediatrics.* 2001; 107: 485–493.

²¹ Freuchen A., Kjelsberg, E. Lundervold, A. J., & Groholt, B. (2012). Differences between children and adolescents who commit suicide and their peers: A psychological autopsy of suicide victims compared to accident victims and a community sample. *Child and Adolescent Psychiatry Mental Health,* 6(1), 1–12. doi: 10.1186/1753-2000-6-1

²² Goschin S., Briggs, J., Blanco-Lutzen, S., Cohen, L. J., & Galynker, I. (2013). Parental affectionless control and suicidality. *Journal of Affective Disorders,* 151, 1–6.

- **Сексуальная ориентация и гендерная идентичность.** Несовершеннолетние нетрадиционной ориентации, подвержены большему риску самоубийства, чем их сверстники, за счет депрессивных состояний, переживаний безнадежности, злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами, а также частой подверженности сексуальному насилию²³.

Стрессовые события (триггеры) и суицидальное поведение

Более половины опрошенных родителей, у которых ребенок покончил с собой сообщили, что он пережил какой-то стрессовое событие или конфликт в ближайшее время до смерти.

- **Острые конфликты между родителями и детьми** являются наиболее частыми причинами самоубийств у детей, а повешение - наиболее частый способ²⁴.

- **Сексуальное, физическое и эмоциональное насилие.** Сексуальное и эмоциональное насилие вносят больший вклад в развитие суицидального поведения по сравнению с физическим насилием или пренебрежением в семье²⁵. Жестокое обращение с детьми влияет на мальчиков и девочек по-разному, и различия наиболее выражены в отношении сексуального насилия²⁶. Мальчики, подвергшиеся физическому насилию, имеют более высокий риск попыток самоубийства по сравнению с девочками, подвергшимися физическому насилию²⁷.

- **Крушение романтических отношений, разлука или ссора с друзьями.** Недавнее романтическое расставание в течение последних трех месяцев, одно из наиболее критических событий, приводящее к самоубийству²⁸. Более половины событий связанных с конфликтом отношений происходят за последние 24 часа до самоубийства²⁹.

- **Запугивание, издевательства (буллинг) со стороны сверстников.** Взаимосвязь между запугиванием, унижением и риском самоубийства зависит от пола и по-разному влияет на жертв и преступников³⁰. Буллинг редко является единственным фактором, способствующим суицидальному поведению.

- **Нежелательная беременность, аборт, заражение болезнью,**

²³ Haas AP, Eliason M, Mays VM et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *J Homosexuality*. 2010;58(1):10–51. [PMCFreearticle]

²⁴ Soole, R., Kølves, K., & De Leo, D. (2014). Factors related to childhood suicides: Analysis of the Queensland Child Death Register. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 35(5), 292–300. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000267>

²⁵ Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., Weismoore, J. T., & Renshaw, K. D. (2013). The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: A systematic review and critical examination of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(2), 146-172. doi: 10.1007/s10567-013-0131-5

²⁶ Bagley, C., Bolitho, F. & Bertrand, L. (1995). Mental health profiles, suicidal behavior, and community sexual assault in 2112 Canadian adolescents. *Crisis: Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 16, 126-131.

²⁷ Rosenberg, H. J., Jankowski, M. K., Sengupta, A., Wolfe, R. S., Wolford, G. L., & Rosenberg, S. D. (2005). Single and multiple suicide attempts and associated health risk factors in New Hampshire adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 35(5), 547–557.

²⁸ Heikkinen, M., Aro, H., Lönnqvist, J. (1992). The partners' views on precipitant stressors in suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(5), 380-384. doi:10.1111/j.16000447.1992.

²⁹ Marttunen, M. J., Aro, H. M., & Lönnqvist, J. K. (1993). Adolescence and suicide: A review of psychological autopsy studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2(1), 10-18. doi:10.1007/BF02098826

³⁰ Cook, C., Williams, K. R., Guerra, N. G., Kim, T., & Sadek, S. (2010). Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. *School Psychology Quarterly*, 25, 65–83. 10.

передающейся половым путем зачастую являются пусковым механизмом к развитию кризисного состояния с суицидальными тенденциями;

- **Частые переезды** в раннем детстве в возрасте 11-17 лет, независимо от наличия родительского конфликта, также могут усиливать суицидальный риск³¹.

- **Недавно выявленное психическое расстройство.** Риск самоубийства в течение 3 месяцев после постановки диагноза в 10 раз выше при депрессии и расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ. Таким образом, врачи должны знать о повышенном риске суицида и суицидального поведения в течение первых 3 месяцев после первоначального диагноза³². Повышенный риск попыток самоубийства сохраняется в течение первого года после постановки диагноза тяжелой депрессии и тревожных расстройств.

- **Распад семьи, развод** или уход одного из родителей из семьи, смерть одного из членов семьи.

Факторы, обеспечивающие защиту от суицидального поведения

- **Семья:** хорошие, сердечные отношения, поддержка со стороны родных.

- **Личностные факторы:** развитые социальные навыки, уверенность в себе, умение обращаться за помощью к окружающим при возникновении трудностей, открытость к мнению и опыту других людей, к получению новых знаний, наличие религиозно-философских убеждений, осуждающих суицид.

- **Социально-демографические факторы:** социальная интеграция (включенность в общественную жизнь), хорошие отношения в школе с учителями и одноклассниками.

Признаки кризисного суицидального состояния

Переживания на которые необходимо обратить внимание:

- **переживание социального поражения или личного унижение** чаще возникает у подростков при невозможности оправдать ожиданий родителей, в ситуации буллинга;

- **переживание себя как бремени для других**, первую очередь для родителей. Наиболее часто встречающееся и мучительное переживание. Является независимым предиктором суицидальных мыслей в различных выборках, вне зависимости есть ли заболевание или нет;

- **переживание безысходности**, подростки говорят, что чувствуют «себя в ловушке своих несчастий», «с закрытой дверью», «страдание без возможности побега», которое создает муку, которая вызывает самоубийство.

³¹ Qin, R, Mortensen, P. B., Pedersen, C. B. Frequent change of residence and risk of attempted and completed suicide among children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 2009; 66(6), 628.

³² Randall JR, Doku D, Wilson ML, Peltzer K. Suicidal behaviour and related risk factors among School-aged youth in the republic of Benin. *PLoS One*. 2014;9(2): e88233.

Чувство окончательности попадания в невыносимые страдания приводит к возникновению *синдрома суицидального кризиса*, проявляющегося в следующих симптомах:

-в эмоциональной сфере: эмоциональное страдание, «душевная боль», тотальная безрадостность (острая ангедония), интенсивный беспричинный страх;

-в когнитивной сфере: фиксация на переживаниях, событиях приведших к кризисному состоянию, невозможность переключиться на позитивные события;

-в поведении: значительное снижение социальной активности, избегание связей с близкими;

-в соматической сфере: хронические болезненные ощущения в теле, нарушения всех фаз сна;

-психосенсорные расстройства: ощущение измененности себя и окружающего мира (деперсонализация-дереализация), болезненное психическое бесчувствие, выражающаяся в словах «я не живу, я существую», «я стал как робот».

Профилактика суицидального поведения подростков. Первичная профилактика или превенция

Первичная профилактика суицидального поведения среди несовершеннолетних должна стать приоритетным направлением деятельности в области здравоохранения и государственной политики, а осведомленность о самоубийствах как о проблеме общественного здравоохранения должна повышаться с использованием многомерного подхода, учитывающего социальные, психологические и культурные последствия³³.

Основная цель профилактики суицидального поведения подростков – уменьшение факторов риска и противодействие им. В России подростки (несовершеннолетние) представляют возрастную группу до 17 лет под защитой государственных органов и официальных опекунов (родителей, близких, попечителей), гарантирующих заботу, защиту и охрану жизни и здоровья. Подростки как особая социально уязвимая группа подпадают под Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» от 24.07.1998 N 124-ФЗ. В Распоряжении Правительства РФ от 18 сентября 2019 г. N 2098-р утвержден комплекс мер до 2020 года по совершенствованию системы профилактики суицида среди несовершеннолетних, включающий, в частности, разработку методических рекомендаций по профилактике суицидального поведения, выявлению ранних суицидальных признаков у несовершеннолетних; проведение обучающих семинаров, лекций для педагогов, школьных врачей и педагогов-психологов, сотрудников подразделений по делам несовершеннолетних, других специалистов, занятых работой с несовершеннолетними, с участием врачей-психиатров по вопросам организации

³³ Preventing global suicide: a global imperative [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014. Available from: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/

работы по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних с разъяснением факторов риска, поведенческих проявлений, алгоритма собственных действий. В рамках долговременного сотрудничества Научно-практического центра профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского и Центра экстренной психологической помощи МГППУ разработана технология выявления и сопровождения несовершеннолетних с суицидальными тенденциями объединяющая первичную, вторичную и третичную профилактику. На уровне первичной профилактики проводится повышение компетентности педагогических работников (классных руководителей, педагогов-психологов) в области распознавания признаков суицидального и самоповреждающего поведения, основным (первичным) методам работы с данными явлениями. Проводится психолого-педагогическая диагностика рисков суицидального поведения у обучающихся. Совместно с психологами-педагогами организаций, принявших участие в мониторинге, составляются планы реализации профилактических и психокоррекционных мероприятий по сопровождению подростков «группы риска» и профилактике суицидального поведения. За период с сентября 2015 г. по апрель 2018 г. в мониторинге всего приняли участие около 5000 обучающихся г. Москвы.

Школьные программы

Профилактические вмешательства, обращенные к учителям и школьному персоналу, профессионалам и ученикам позволяют на 50% сократить суицидальные попытки и частоту выраженных суицидальных мыслей и планов³⁴. Необходимо подключение подростков к разработке профилактических программ³⁵.

Обучение специалистов образовательных организаций.

Важным этапом первичной профилактики является обучения специалистов образовательных организаций основам возрастной кризисной психологии, суицидологии. Специалисты отмечают появление новых требований к компетенциям школьного психолога, в том числе в связи с проблемами кризисного вмешательства³⁶, особой ролью психолога в реализации программ профилактики суицидального поведения подростков³⁷. Существуют многочисленные данные об эффективности школьных программ в

³⁴ Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE clusterrandomised, controlled trial. *Lancet*. 2015; 385(9977): 1536–44.

³⁵ National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. World Health Organization 2018

³⁶ Бурмистрова Е.В. Психологическая помощь в кризисных ситуациях (предупреждение кризисных ситуаций в образовательной среде): Методические рекомендации для специалистов системы образования. – М.: МГППУ, 2006. – 96 с.

³⁷ Eckert T. L., Miller, D. N., DuPaul, G. J., & Riley-Tillman, T. C. Adolescent Suicide Prevention: School Psychologists' Acceptability of School-Based Programs // *School Psychology Review*. 2003. 32(1), pp. 57–76.

Liebling B. D. E., & Jennings H. R. The Current Status of Graduate Training in Suicide Risk Assessment // *Psychology in the Schools*, 2013. 50(1), pp. 72–86.

профилактики суицидального поведения³⁸. Отмечается необходимость предоставления дополнительной информации и обучение в области кризисного консультирования³⁹. Наиболее актуальные вопросы связаны с применением стандартизированных методик направленных на выявление суицидального поведения, оказание кризисной психологической помощи, организации медико-психологических мероприятий в образовательной организации после суицида обучающегося⁴⁰.

Первичная профилактика: работа с родителями

Три главные мысли, которые нужно донести до родителей:

- ✓ То, что взрослому кажется пустяком, для ребёнка может быть поводом для очень серьёзных душевных переживаний (примеры).
- ✓ У подростков ещё недостаточно жизненного опыта для конструктивного решения проблем, им может показаться, что уход из жизни – лучший выход из кризисной ситуации.
- ✓ Родители могут помочь своему ребёнку, если вовремя заметят у него признаки кризисного состояния и поговорят с ним. Дети очень редко напрямую просят им помочь или поговорить с ними, гораздо чаще они делают это косвенным образом, поэтому будьте внимательны к состоянию своего ребёнка и проявляйте искреннюю активную заинтересованность в его жизни.

Вторичная профилактика или интервенция

Поддержка лиц, переживающих кризисы, ориентированная на решение актуальных проблем подростка. Основная цель вторичной профилактики – помочь человеку с выявленными суицидальными намерениями найти выход из сложившейся ситуации и стабилизировать психологическое состояние. Цели мероприятий для подростков, склонных к суицидальному поведению, можно представить как уменьшение дистресса (разрешение актуального кризиса) и предотвращение развития суицидальных намерений⁴¹. через поддержку и поощрение приверженности к лечению. Психотерапия сосредоточена на выявлении триггеров развития суицидального поведения для планирования эффективного совладания с такими ситуациями в будущем.

³⁸ Stone D. M., & Crosby, A. E. Suicide Prevention // American journal of lifestyle medicine. 2014. 8(6), pp. 404–420. doi:10.1177/1559827614551130

³⁹ Suldo S., Loker, T., Friedrich, A., Sundman, A., Cunningham, J., Saari, B., & Schatzberg, T. Improving School Psychologists' Knowledge and Confidence Pertinent to Suicide Prevention through Professional Development // Journal of Applied School Psychology. 2010. 26(3), pp.177–197.

⁴⁰ Nickerson, A. B., & Zhe, E. J. Crisis Prevention and Intervention: A Survey of School Psychologists. // Psychology in the Schools. 2004. 41(7), pp. 777–788. <http://dx.doi.org/10.1002/pits.20017>

⁴¹ Esposito-Smythers C, Goldston D. Challenges and opportunities in the treatment of adolescents with substance use disorders and suicidal behavior. SubstanceUse. 2008;29(2):5–17. [PMCFreearticle]

Третичная профилактика или поственция

Помощь, которая оказывается людям, уцелевшим после попытки самоубийства и их окружению, а также направлена на социально-психологическое сопровождение окружения близких погибшего от суицида и предотвращение волны подражательных суицидов. Цели и этапы оказания кризисной психологической помощи после совершенного в образовательной организации суицида: снижение интенсивности острых стрессовых реакций у пострадавших (учащиеся и их родители, педагоги, администрация образовательного учреждения), оптимизация их актуального психического состояния, профилактика возникновения негативных эмоциональных реакций и повторных суицидов.

Рис. 1 Объект и задачи при разных типах профилактики



Upanne M., Hakanen J., Rautava M. Can suicide be prevented? The suicide project in Finland 1992-1996: Goals, Implementation and Evaluation, 1999.

Телефон доверия - средство первичной, вторичной и третичной профилактики суицидального поведения несовершеннолетних

В качестве одного из основного инструмента профилактики суицидального поведения во всем мире считаются службы Телефонов доверия (службы экстренной психологической помощи)⁴². Специалисты Телефонов доверия помогают ребенку осознать ценность жизни, найти выход из сложной жизненной ситуации, увидеть свое будущее во взрослой перспективе (жизни): учебе, работе, семье, поиске и выборе партнера. Работа служб Телефонов доверия снижают частоту суицидальных попыток и уменьшают риск повторных суицидов⁴³. В дополнение к снижению суицидального риска, телефонное консультирование улучшает общее психическое состояние суицидентов⁴⁴. Суицидальные мысли подростков с семейными проблемами – на пятом месте по частоте среди 11 категорий телефонного консультирования в Японии⁴⁵. В России не более 5% звонков на горячую линию связаны с кризисными состояниями взрослых и подростков, однако за последние несколько лет количество таких звонков неуклонно растет.

⁴² Mousavi SG, Zohreh R, Maracy MR, et al. The efficacy of telephonic follow up in prevention of suicidal reattempt in patients with suicide attempt history. *AdvBiomedRes*. 2014;3 [[PMCFreearticle](#)]

⁴³ Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organization*. 2008;86(9):703–9. [[PMC free article](#)]

⁴⁴ Rhee WK, Merbaum M, Strube MJ, Self SM. Efficacy of brief telephone psychotherapy with callers to a suicide hotline. *SuicideLife-ThreatBehav*. 2005;35(3):317–28. [[PubMed](#)]

⁴⁵ Doki S, Kaneko H, Oi Y, et al. Risk factors for suicidal ideation among telephone crisis hotline callers in japan. *Crisis*. 2016;37:438–44. [[PubMed](#)]



РЕКОМЕНДАЦИИ РОДИТЕЛЯМ РЕБЕНКА, СОВЕРШИВШЕГО ПОПЫТКУ СУИЦИДА

Дорогие родители!

- ✓ Если Вы держите в руках этот буклет, возможно, вашему ребенку сейчас потребовалась помощь врачей.
- ✓ Первое и самое важное: **Ваш ребенок жив!**
- ✓ Второе и тоже важное: чтобы поправиться, ребенку необходима поддержка, любовь и забота его самых близких людей, т.е. Вас.
- ✓ Врачи сделают всё возможное, чтобы восстановить физическое здоровье ребенка.
- ✓ Чтобы поправиться полностью, необходимо восстановить психологическое здоровье и душевное спокойствие Вашего ребенка и Вас.
- ✓ Пожалуйста, обязательно придерживайтесь правильного режима дня – ваши силы сейчас очень важны и для Вас, и для Вашего ребенка.
- ✓ Пока ребенок находится под присмотром врачей, у Вас есть возможность успокоиться, собраться с мыслями и продумать следующие шаги.

Мы готовы оказать психологическую помощь.

В конце буклета вы найдете контакты, **куда можно и нужно** обращаться в этой ситуации.

Попытка самоубийства - это сигнал SOS

Попытка самоубийства - это реакция на проблему, которую ребенок видит непреодолимой, это крик о помощи. Даже если Вам эта проблема кажется надуманной, а действия ребенка – шантажными, суицидальная попытка говорит о том, что других способов справиться с ситуацией он не находит. Это не значит, что ребенок «плохой», это значит, что ему сейчас плохо, и ему **необходимо помочь**.

Почему необходимо обратиться за помощью к психиатру, психологу

Попытка прекратить жизнь – это крайняя степень отчаяния, одиночества, невыносимость ситуации, «страдания, которые больше невозможно выносить». Если уделить внимание только физическим последствиям попытки суицида: раны, травмы и т.д., то психологические причины так и останутся без внимания. Возможно, кризис не разрешился, а суицидальная попытка может повториться, а значит, угроза жизни ребенка сохраняется.

Обращение за помощью к психиатру, психологу – это не слабость и стыд. Это наш с Вами выбор, выбор равнодушного и ответственного человека.

Способы помощи

Наиболее эффективна комплексная психолого-психиатрическая работа с ребенком и членами его семьи.

Психологическая помощь необходима в решении сложностей в следующих сферах:

- ✓ семейные взаимоотношения;
- ✓ сложности в школе: учеба, отношения со сверстниками, учителями;
- ✓ потеря близких людей, разрыв отношений;
- ✓ ощущение безнадежности, никчемности;
- ✓ болезнь и хроническая боль;
- ✓ физическое или сексуальное насилие (часто скрывается);
- ✓ вопросы сексуальной ориентации.

Психиатрическая помощь необходима в решении сложностей в следующих сферах:

- ✓ злоупотребление алкогольными напитками и/или психоактивными веществами, в том числе подозрение на их прием;
- ✓ психические расстройства (эмоциональная неустойчивость с частыми беспричинными сменами настроения, раздражительность, снижение познавательной деятельности, ухудшение памяти, забывчивость, общее снижение энергетического потенциала, нарушения сна);
- ✓ тяжелые последствия психотравмирующих событий (изменение характера и привычек ребенка после перенесенной травмы, эмоциональная отчужденность от близких, нежелание обсуждать и говорить о произошедшем, чувство вины из-за случившегося горя).

Психическое расстройство необходимо своевременно диагностировать и лечить, а сочетание медикаментозного лечения и психотерапии может приводить к максимально положительным и устойчивым результатам.

Как общаться, чтобы слышать друг друга

Для ребенка в кризисной ситуации нет ничего хуже чувства, что его никто не понимает и он никому не нужен. Ему необходимо дать понять, что он не одинок. Беседуйте с ним и проявляйте заботу о нем.

- ✓ Всеми своими действиями показывайте, что вы прислушиваетесь к его словам и понимаете серьезность испытываемой им боли.

- ✓ Дежурные фразы о том, что «все не так уж плохо» и «все наладится» не помогают: слыша их, ребенок чувствует, что вы не понимаете и не хотите выслушать его.
- ✓ Вместо общих фраз лучше сказать: «Ты не одинок. Я готов внимательно тебя выслушать и помочь тебе» или «Возможно, я не способен до конца понять твои чувства, но я твердо знаю, что готов сделать все возможное, чтобы помочь тебе», «Я ни в коем случае не хочу потерять тебя, давай попробуем вместе справиться».
- ✓ Нет необходимости говорить много, иногда можно вообще обойтись без слов. Просто побудьте рядом и выслушайте рассказ о том, что чувствует Ваш ребенок, в чем он сейчас нуждается, как он видит свое будущее.
- ✓ Избавьтесь от отвлекающих факторов (выключите телевизор и компьютер), чтобы вас ничто не отвлекало от беседы. Но держите под рукой телефон на случай, если придется вызвать помощь.

Выслушайте ребенка

Если подросток пребывает в расстроенных чувствах, признается, что думает о самоубийстве, и выказывает различные тревожные признаки, не оставляйте его наедине с самим собой. Побудьте с ним, поговорите и внимательно выслушайте.

Наиболее опасные симптомы

- ✓ Если в беседе высказывает намерения покончить с собой и говорит, что у него есть план как это сделать.
- ✓ Если жалуется на чувство безысходности, говорит, что он «не живет, а существует», мечется и может найти успокоение.
- ✓ Если в поведении прослеживается нарастающая замкнутость желание уединиться, избавиться от Вашего присутствия, куда-либо уехать, уйти.
- ✓ Если Ваш ребенок, говорящий ранее о своих страданиях, пугавший Вас суицидальными идеями, вдруг становится спокойным, тихим, а иногда и радостным, это может означать, возможно, он принял решение о самоубийстве.

Если Ваш ребенок не идет на контакт, попросите его ответить на следующие вопросы

- ✓ Тебе сейчас плохо?
- ✓ Нужна ли помощь другого человека?
- ✓ Могу ли я пригласить кого-либо из твоих друзей?
- ✓ Я могу вызвать врача?
- ✓ Ты можешь поговорить со мной, через некоторое время?
- ✓ За это время ты не станешь причинять себе вред?

Если эти вопросы не помогают разговаривать Вашего ребенка, возможно, необходимо обратиться в службу скорой помощи

Куда обращаться за помощью

ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского»
Минздрава России

Научно-практический центр профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних

г. Москва, ул. Потешная, д. 3

Тел.: (495) 963-75-72

Цель деятельности Центра – разработка и реализация комплексных мер по профилактике, ранней диагностике, кризисной помощи и реабилитации суицидального и опасного поведения у детей и подростков. В амбулаторном блоке Центра, работающем на базе отделения клинической и профилактической суицидологии и консультативно-диагностического отделения клиники Московского НИИ психиатрии – филиала Центра им. В.П. Сербского, оказывается консультативно-диагностическая, медико-психологическая и психотерапевтическая помощь детям и подросткам с проявлениями суицидального поведения. В стационарном блоке на базе детско-подросткового отделения клиники Московского НИИ психиатрии оказывается стационарная (кризисная, реабилитационная) суицидологическая помощь детям и подросткам, госпитализированным вследствие совершенных суицидальных попыток, а также наличия у них других проявлений суицидального (мысли, замыслы, намерения, преднамеренные самоповреждения) и опасного (экстремальные поступки с риском для жизни и здоровья) поведения. В Центре работают высококвалифицированные специалисты в области детской и подростковой психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и суицидологии.

Руководитель Центра – доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки России Б.С. Положий.

Все виды консультативно-диагностической и лечебной помощи осуществляются на бесплатной основе и не требуют каких-либо врачебных направлений.

Запись на консультативно-диагностический прием осуществляется по телефону (495) 963-71-25 (кроме субботы и воскресенья) с 9.00 до 17.00.

Горячая линия помощи (круглосуточно): +7 (495) 637-70-70.

Горячая линия по вопросам домашнего насилия: +7 (495) 637-22-20.

Контактный e-mail по вопросам COVID-19: covid-19@serbsky.ru.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ
(ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)**

Методические рекомендации

Москва – 2020



УДК
ББК

Методические рекомендации подготовлены в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации доктором медицинских наук, профессором Б.С. Положим, доктором медицинских наук, профессором Е.В. Макушкиным, доктором медицинских наук, профессором Е.Б. Любовым, кандидатом медицинских наук, старшим научным сотрудником Г.С. Банниковым.

Суицидальное поведение несовершеннолетних (профилактические аспекты): Методические рекомендации М., 2020. 34 с.

На основе многолетних оригинальных исследований и систематического анализа литературных данных показаны многоуровневая система профилактики суицидального поведения несовершеннолетних и ее эффективность в рамках возраст-специфической антикризисной программы; даны практические рекомендации улучшения доступности и качества суицидологической помощи несовершеннолетним.

Для детских и подростковых психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, специалистов по социальной работе, подростковых врачей, преподавателей, организаторов психиатрической и суицидологической помощи.

© Б.С. Положий, Е.В. Макушкин, Е.Б. Любов, Г.С. Банников, 2020.

© ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2020.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

Всемирная Организация Здравоохранения – ВОЗ

Диалектическая поведенческая терапия – ДБТ

Кабинет социально-психологической помощи – КСПП

Когнитивно-поведенческая терапия – КПТ

Кризисный стационар – КС

Московский государственный психолого-педагогический университет – МГППУ

Научно-практический центр профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних – НПЦ

Несуицидальное самоповреждение – НС

Образовательное учреждение – ОУ

Психоактивные вещества – ПАВ

Психоневрологический диспансер – ПНД

Средства массовой информации – СМИ

Суицидальное поведение – СП

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина – СИОЗС

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина – СИОЗСН

Телефон доверия (отделение) – ТД

Уровень суицидов – УС

Центр занятости населения – ЦЗН

Центр экстренной педагогической помощи – ЦЭПП

ВВЕДЕНИЕ

Каждый третий житель планеты Земля – ребенок (по конвенции ООН, лицо до 18 лет). Подростковый возраст – важнейший в развитии человека. Бурные стрессогенные биологические и психосоциальные изменения второго десятилетия отражаются на всех аспектах жизни подростков; уникальный период цикла развития важен для гармонизации душевного и физического благополучия в дальнейшем.

Суицидальное поведение (далее – СП) детей и подростков как неизменно актуальная проблема общественного здравоохранения вызывает особую озабоченность по ряду причин.

Треть из 800 000 гибнущих ежегодно от самоубийств в мире – молодые. Самоубийство – одна из ведущих причин смертности в мире во всех возрастах: 1,5% смертей в мире, или 18 место в ранжире причин смерти, но вторая по частоте причина смертей детей и подростков Европы и США вслед дорожно-транспортным несчастным случаям. На самоубийства приходится 8,5% смертей подростков и молодых 15-29 лет; они же – основная причина их смертей в мире.

Распространённость, мотивация, особенности пре-суицидального состояния отличаются в зависимости от возраста. В детском возрасте СП достаточно редко и, как правило, связано с тяжелыми психотравмирующими событиями. Основными проявлениями кризисного состояния являются повышенная утомляемость, соматическое недомогание, эмоциональная нестабильность, нарушение сна, аппетита, патологическое фантазирование на тему собственной смерти и похорон. Попытка самоубийства часто оказывается неожиданным событием для близких.

С 12-15 лет развитие СП проходит через стадии оформленного суицидального кризиса. Пик СП приходится на возрастную группу 16-19 лет и в большинстве своем связан с манифестацией психических нарушений, в первую очередь, расстройств аффективного спектра. В этой

возрастной группе наблюдается максимальная выраженность актов самоповреждающего поведения в сочетании с девиантным поведением. По нашим данным, для девушек более характерны хронические депрессивные состояния, для молодых людей – острые стрессовые тревожно-дисфорические реакции.

СП подростков может быть связано с физическими и неврологическими последствиями различных заболеваний и инвалидностью, что влечет тяжелое социально-экономическое и психологическое бремя, поэтому у программ профилактики должен быть гуманный и ресурсосберегающий потенциал.

Подростки с СП и их близкие склонны уклоняться от специализированной профессиональной помощи, мало соответствующей возраст-специфическим и эластичным по мере развития их потребностям, что побуждает развитие новых форм в русле матрицы общественного здравоохранения, ориентированного на личностно-социальное развитие (восстановление).

Основными мишенями профилактики в работе с подростками с СП являются следующие.

1. Обучение навыкам совладания со стрессом и расширение репертуара паттернов поведения в стрессовой ситуации.
2. Выявление и профилактика депрессивных состояний, которые часто маскируются под самоповреждающее поведение.
3. Обучение навыкам эмоциональной регуляции и дифференциации эмоционального состояния.
4. Устранение дисгармоничности в семейных отношениях.

Профилактика СП подростков как бипсихосоциального феномена является актуальной проблемой, решение которой возможно лишь на междисциплинарном и межведомственном уровнях.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Профилактические стратегии СП несовершеннолетних

включают, как и в старшем возрасте, *универсальные (всеобщие; первичная профилактика) программы*, обращенные ко всем подросткам для информирования о риске и выявлении ранних признаков СП, ресурсах помощи; *селективные (избирательные, вторичная профилактика) в выявленных группах риска; антикризисные в пресуицидальном и раннем постсуицидальном периодах; индикативные (указующие; третичная профилактика-поственция) в отдаленном постсуициде* во избежание рецидива СП. К *третичной профилактике* относят мероприятия, связанные с реабилитацией лиц из окружения суицидента, хотя с учетом риска СП «выживших» (окружение жертвы суицида) относят к мишеням селективной профилактики.

Типовая программа профилактики СП включает ряд интегральных элементов с опорой на межведомственное взаимодействие: уточнение эпидемиологических характеристик суицидентов (в рамках единого суицидологического регистра) и бремени СП; регулярные скрининги для выявления групп риска; разработку и внедрение дифференцированных лечебно-профилактических мероприятий с доказанной эффективностью; налаживание работы с МВД и органами опеки; работа со СМИ, традиционными и электронными (разработку согласованных рекомендаций по профессиональному освещению СП и использование антисуицидального потенциала); целевое обучение кадров суицидологических, психиатрических и общемедицинских служб и «вахтеров» (немедиков).

Первичная профилактика (универсальная) направлена на укрепление психологического благополучия в целом. Объектом первичной профилактики являются люди без СП; её цель – минимизация риска СП психологически благополучных субъектов. Первичная профилактика СП несовершеннолетних должна стать приоритетным направлением

здравоохранения и государственной политики, а осведомленность о СП как о проблеме общественного здравоохранения должна проводиться с использованием многомерного подхода, учитывающего социальные, психологические и культурные последствия. Национальная стратегия предотвращения самоубийств обеспечивает руководство ключевыми мероприятиями с учетом распространенности СП подростков и малой точности его прогноза.

В России подростки (несовершеннолетние) представляют возрастную группу до 18 лет под защитой государственных органов и официальных опекунов (родителей, близких, попечителей), гарантирующих заботу, защиту и охрану жизни и здоровья. Подростки как особая социально уязвимая группа подпадают под Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» от 24.07.1998 № 124-ФЗ. В Распоряжении Правительства РФ от 18 сентября 2019 г. N 2098-р утвержден комплекс мер до 2020 года по совершенствованию профилактики суицидов несовершеннолетних, включающий разработку методических рекомендаций по профилактике СП, выявлению ранних суицидальных признаков несовершеннолетних; проведение семинаров, лекций для педагогов, школьных врачей и педагогов-психологов, сотрудников подразделений по делам несовершеннолетних, других специалистов, занятых работой с несовершеннолетними с участием психиатров.

Школьные программы. Если факторы риска СП универсальны, можно выявить школьников группы риска как мишени таких программ. Тесное сотрудничество с образовательным сектором необходимо для обучения эмоциональным и жизненным навыкам с учетом риска СП в возрастной группе, как и повышение осведомленности о СП учителей, родителей (опекунов); привлечение подростков и их близких к разработке профилактических программ.

Примеры зарубежных профилактических программ

Программы повышения осведомленности в отношении знаков и симптомов суицида: Signs of Suicide (SOS) (США) – просмотр видео, групповые дискуссии, получение знаний о симптомах неблагополучия, формирование и отработка навыков поддержки и обращения за помощью. *Скрининговые программы* выявляют факторы риска СП: подростковую депрессию, злоупотребление ПАВ, прошлые попытки суицида, самоповреждающее поведение. Ключевое требование: система реагирования и специализированные учреждения для индивидуального консультирования по результатам скрининга. *Тренинг специалистов «первой» помощи* (учителя, школьный персонал, подростковые врачи) «Спроси, Убеди, Обратись за помощью» (Question, Persuade, Refer (QPR)). *Программы для сверстников.* Источники Силы (Sources of Strength) – универсальная программа, направленная на повышение восьми защитных факторов и снижение факторов риска (социальной изоляции и неэффективных навыков совладания). *Тренинги навыков.* CARE (Care, Assess, Respond, Empower) – программа развития позитивных навыков подростков группы риска. CAST (Coping and Support Training) направлена на улучшение жизненных навыков и социальной поддержки. Good Behavior Game (GBG) – универсальная программа направлена на формирование позитивного климата в классе, развитие взаимной поддержки, разрешение проблем без агрессии

Распознавание суицидального риска. Врачи первичной помощи должны быть ключевыми фигурами, выявляющие факторы риска СП. Однако большинство (77%) европейских врачей пренебрегают оценкой риска подросткового СП, несмотря на частоту (47%) подростковых суицидальных попыток в их практике.

Подростки проводят много времени в школе, поэтому школьные психологи должны знать о предупреждающих признаках СП.

Специалисты отмечают появление новых требований к компетенциям школьного психолога, в том числе в связи с оказанием экстренной помощи при кризисном состоянии. Предупреждение СП обучающихся составляет содержание бригадной работы специалистов образовательной организации – представителей администрации, социально-психологической службы, заместителей директора по воспитательной работе, по безопасности. Вместе с тем, традиционно ответственность за организацию такой работы и ее результаты отводят педагогу-психологу.

Основными видами профилактики СП для педагога-психолога УО служат информационная работа с учителями и родителями, групповые занятия с обучающимися, диагностические мероприятия, направление обучающихся и их родителей в профильные медико-психологические организации. Необходимо обучение специалистов стандартизированным методикам выявления риска СП и поственции, предотвращения кризисных ситуаций и оказания неотложной помощи. С психологами-педагогами УО составляют планы реализации профилактических и психокоррекционных мероприятий по сопровождению подростков выявленной скринингом «группы риска».

Семья как звено первичной профилактики. Близкими положительно оценены мероприятия, направленные на устранение источников семейного конфликта или стресса (смерть, развод родителей) как факторов риска СП.

ЦЭПП подготовил памятки подросткам и родителям по преодолению кризисных ситуаций, сборник памяток и рекомендаций по профилактике СП обучающихся для администрации, педагогов и психологов образовательных организаций Москвы.

Предрасполагающие факторы риска СП следующие.

1. Социальные-демографические: низкий прожиточный уровень, социальная изоляция,

2. Биологические: серотонинергическая, норадренергическая, дофаминергическая дисфункция, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая гиперактивность.

3. Психологические: тенденции к агрессии, враждебности или импульсивности, безнадежность, переживание себя как бремени для семьи, низкая самооценка, перфекционизм, отсутствие религиозных или моральных ограничений против СП, размытость половой самоидентификации.

4. Клинические: депрессивные, тревожные симптомы, отсутствие психиатрической помощи в первые три месяца психического расстройства, формирующиеся расстройства личности, злоупотребление ПАВ (часто как средство самолечения), хронические соматические заболевания (особенно с ограничением повседневного функционирования и хроническим болевым синдромом), попытки самоубийства в последние полгода, семейная история самоубийств.

5. Стрессовые/триггерные: история физического или сексуального насилия в детстве, потеря (смерть, развод) родителей до 11 лет; недавняя утрата значимого близкого, скрываемый факт недавнего сексуального насилия, неразделенная любовь или расставание с любимым (любимой); неспособность справиться с трудностями учебной программы, несоответствие родительским ожиданиям; постоянные, эмоционально изматывающие конфликты в семье, со значимым окружением; трудная жизненная ситуация (приемные дети, дети из интернатов).

Дополнительным фактором риска СП становится самоубийство известных людей или лиц, которых подросток знал лично (самоубийства из подражания). Тиражируемые СМИ сообщения о СП могут привести к членовредительству в группе сверстников или схожей группе, которая, как зеркало, отражает стиль жизни или качества личности суицидента. СП провоцируют вовлечение в секты, просуицидные интернет сообщества,

пропагандирующие антивитальный настрой и размывающие ценностные ориентиры.

Затруднение доступа к средствам суицида. Случай-контроль исследования показали четкую и последовательную связь наличия огнестрельного оружия дома и самоубийств подростков, особо в США. Хранение оружия разряженным и запертым способствует снижению риска СП с его применением. Поперечные международные исследования указали влияние строгого исполнения законодательства о контроле над оружием на снижение СП подростков. Эффект ограничения доступа к огнестрельному оружию в США и Австралии частично нивелирован ростом самоповешений и отравлений автомобильным выхлопом. Намеренная передозировка даже обычных лекарств увеличивают риск самоубийств или, по крайней мере, смертельность попытки. Ограничение продажи лекарств на одну покупку привело к снижению смертности от передозировки во Франции вчетверо по сравнению с Англией. Введение блистерной упаковки парацетамола в Великобритании связано с сокращением передозировок на 21%, серьезных – на 64%. Действительна установка барьеров и телефонов доверия на мостах и платформах метро.

Работа со СМИ. Рекомендовано активно контролировать сообщения СМИ, чтобы оперативно противодействовать «сенсационным» статьям; проводить постоянные тренинги и информационные сессии для работников СМИ; включать СМИ в позитивную отчетность, например, истории успеха или устойчивости и кампании по борьбе со стигматизацией и повышению осведомленности. Антисуицидальный потенциал Сети («эффект Папагено») особо востребован в группе ее активных потребителей (подростками «цифрового поколения»), уклоняющихся от типовой помощи. Антисуицидальные сайты как действенная альтернатива просуицидным все более востребованы в целях вторичной и третичной профилактики. Так, Сеть для лечения психических расстройств (e-mental health) – перспективный подход преодоления географических и / или

ситуационных барьеров профессиональной помощи, повышения самоуправления пациентов, причем часть подростков с НС и СП стихийно использует интернет для целей, связанных со здоровьем, порой с нежелательным эффектом (киберхондрия).

Вторичная (селективная) профилактика – поддержка переживающих кризис, ориентированная на решение актуальных проблем подростка с СП и стабилизация психического состояния.

Скрининг выделяет группу подростков в кризисном состоянии (состоянии психосоциальной дезадаптации). В 2013-2017 гг. мониторинг охватил около 6000 обучающихся Москвы и других регионов РФ. Согласно пп. 16, 18 Приказа МЗ РФ от 13 июня 2019 г. N 396н «О внесении изменений в Порядок проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденный приказом МЗ РФ от 10 августа 2017 г. № 514н», в рамках профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних предусмотрен скрининг на выявление нарушений психического развития и/или расстройств поведения, связанных с употреблением ПАВ, но ни слова о СП.

Клиническая картина предсуицидального кризиса определена следующими симптомами: «эмоциональная боль», «крайняя степень беспокойства с диссоциативными или сенсорными нарушениями», «острой ангедонией», «тотальной инсомнией», «отчуждением или значительное снижение социальной активности», «избегание связей с близкими людьми». Особенно нужно обращать внимание на симптомы болезненной психической анестезии: «я не живу, а существую» и безысходности, неразрешимости проблем. По полуструктурированному интервью «суицидальный нарратив»: «социальное поражение или личное унижение», «восприятие себя бременем для других», «безысходность». Выраженность суицидальных мыслей тесно связана с «эмоциональной болью», «избеганием связи с близкими».

Важно при общении с подростком в суицидальном кризисе следовать следующим рекомендациям.

1. Относиться к нему искренне серьезно и уважительно, вне зависимости от того, как ведет и что говорит подросток.
2. Верить, когда подростки говорят о самоубийстве, даже если это выражается в демонстративно-шантажном СП.
3. Позволять подростку выражать чувства (плач, гнев, отвращение).
4. Внимательно и постоянно отслеживать свои переживания (страх, растерянность, раздражительность). Не давать волю своим чувствам, быть естественным. Не заниматься морализаторством.
5. Не откладывать вопросы, связанные с прояснениями мыслей о самоубийстве, на конец беседы, но не задавать до установления доверительных отношений.

Выделение потенциальных и актуальных факторов риска позволяет определить очередность и приоритет медико-психологической помощи. В первую очередь требуют внимания специалистов (школьной психологической службы, медработников) обучающиеся с риском самоповреждающего поведения и признаками кризисного состояния (безнадежность, одиночество, депрессия, агрессивность). Разработан алгоритм стратегии сопровождения обучающегося в зависимости от соотношения с определенной группой риска.

Для снижения риска СП полезны вмешательства, направленные на преодоление трудностей и/или направленные на снижение вероятности неудач.

Цели мероприятий для подростков, склонных к СП, можно представить как уменьшение дистресса (разрешение актуального кризиса) и предотвращение рецидива СП через поддержку и поощрение приверженности к медико-психологической. Терапия сосредоточена на выявлении триггеров СП для планирования эффективного совладания с такими ситуациями в будущем. Обучение навыкам решения проблем

способствует выявлению ситуаций высокого риска и поведенческих альтернатив СП, когда подросток сталкивается с трудными или тревожными ситуациями. Профилактика рецидивов представляет модель самоконтроля. Однако младшие подростки не обладают заметной самостоятельностью, пребывая в «неволе» с малой возможностью избежать дистресса нарушения семейной динамики или семейных систем. В результате задача терапии заключается в выявлении возможностей повышения самооценки и самоконтроля с учетом естественных ограничений. В дополнение к контролю над терапевтической средой, будущие исследования должны касаться путей установления или укрепления у подростков чувства контроля и принятия решений в отношении аспектов их среды, соответствующих уровню развития. Учитывая роль сверстников как поддержки или фактора риска СП, групповая терапия обращена к решению конфликтов.

Индикативная и антикризисная профилактика

Лечение СП несовершеннолетних

Подростки лечатся посредством вариаций вмешательств, первоначально разработанных для взрослых. На переднем плане выявление и адекватное лечение психических расстройств, как депрессии, включая выбор антидепрессантов нового поколения (СИОЗС), препаратов первой линии, и психосоциальная терапия пациентов и их близких; психотерапевтические подходы как краткосрочная (в отделениях неотложной помощи) когнитивно-поведенческая терапия (КПТ).

Важно учитывать географию (сельские районы) и конкретные учреждения (отделения неотложной помощи, стационарные отделения и центры содержания несовершеннолетних).

Психотерапия СП. Важно действовать быстро, мощно, творчески и комплексно, чтобы уменьшить потери вследствие суицидов и самоповреждений. Практики осознанности начинают активно использоваться в работе с СП. Развиваются когнитивная терапия,

основанная на осознанности, терапия принятия и ответственности. Психотерапевтические методы, нацеленные на психические расстройства несовершеннолетних, в частности, на депрессию, могут уменьшить СП, но эффекты предварительны, минимальны, часто не существенны. При этом стратегии совладания и их изменение служат мишенью в профилактике СП. В рамках превентивных действий важна работа с дезадаптивными формами копинга, установок с ними связанными и повышении позитивных форм совладающего поведения. Индивидуальное обучение психологическим и межличностным навыкам снижают риск СП подростков, как диалектическая поведенческая терапия (ДБТ), направленная на укрепление навыков межличностной эффективности, внимательности, стрессоустойчивости и регуляции эмоций адаптирована для подростков (ДБТ-А) в дополнение семейной терапии и обучению навыкам многосемейного обучения. ДБТ-А превосходит активный контроль в облегчении суицидальных мыслей подростков. Долгосрочные эффекты после лечения избирательнее, так как ДБТ-А снижает риск суицидальных и несуйцидальных попыток при годичном наблюдении. Необходима дополнительная оценка долгосрочных последствий ДБТ-А для уменьшения несуйцидальных и суйцидальных самоповреждений или их обоих.

Сочетание индивидуальной и семейной терапии эффективно для несовершеннолетних суйцидентов. Интегративная когнитивно-поведенческая терапия сочетает индивидуальную и семейную КПТ, как и компонент обучения родителей. Семейная терапия на основе привязанности направлена на повышение качества связей через межличностный подход к индивидуальной и семейной терапии, обучение навыкам родителей. Многоуровневая семейная терапия фокусируется на ряде областей трудностей и контекстах, в которых возникают поведенческие и эмоциональные проблемы, ведущие к СП.

Психофармакотерапия СП несовершеннолетних. Специфических, быстродействующих «антисуицидальных» препаратов пока не существует. Вместе с тем, бензодиазепины могут улучшить краткосрочный контроль СП. Литий эффективен в предотвращении СП, но неизвестно, обладает ли он быстрым антисуицидальным эффектом. Использование антипсихотических препаратов у больных шизофренией по сравнению с пациентами, которые не получают лечение, связано со снижением суицидов. Раннее начало лечения первого эпизода психоза помогает уменьшить риск СП. Открыт вопрос, является ли феномен суицидальности относительно независимым феноменом, проявляемым до психоза, и связанным с личностными особенностями, злоупотреблением ПАВ, выраженностью агрессии. Отсутствие фармакотерапии или ее несоблюдение, самовольный отказ от лечения четырехкратно увеличивает риск суицидальной попытки. Суицидальный риск связан со стрессогенными нежелательными действиями нейролептиков. Достоверны данные об антисуицидальной эффективности атипичных антипсихотиков, особо клозапина. Клозапин – единственный препарат, рекомендованный больным шизофренией с выраженным и стойким СП.

Управление по контролю за продуктами и лекарствами США (FDA) провело объединенный анализ 24 краткосрочных (4-16 недель) плацебо-контролируемых испытаний девяти антидепрессантов (включая СИОЗС) у детей и подростков с клинической депрессией и другими психическими расстройствами и обнаружило повышенный риск СП (суицидальные мысли или попытки). Среди 4400 несовершеннолетних, лечившихся антидепрессантами, не отмечено суицидов, но риск суицидальных мыслей и попыток вдвое превосходил плацебо (4 против 2% соответственно). В итоге FDA вручила «черную метку» антидепрессантам нового поколения, не разрешенным в Европе для лечения депрессивных и тревожных расстройств детей и подростков.

Однако эпидемиологические исследования отмечают в последние десятилетия обратную связь УС и назначений антидепрессантов. Согласно данным ВОЗ, УС подростков и молодых 15-24 лет снизился на треть в 15 странах. После редукции депрессивных симптомов у подростков, леченных СИОЗС, не было роста суицидальных попыток, но их риск особо высок в первую неделю лечения. Поэтому в начале антидепрессивной терапии детей и подростков, имеющих суицидальный риск, рекомендуется осматривать повторно через неделю после назначения препарата и далее достаточно часто, до тех пор, пока риск СП не потеряет клиническую актуальность. Доказательств, что СИОЗС опаснее СИОЗСН не получено. В итоге специалистам предлагается ориентироваться на данные большинства современных исследований, которые утверждают, что применение СИОЗС не сопряжено с суицидальным риском в большей мере, чем «классические» (трициклические) антидепрессанты.

Электросудорожная терапия в ее «гуманизированном варианте» клинических рекомендациях рассматривается терапией первого выбора для депрессивных пациентов раннего возраста с высоким риском суицида

Поственция («третичная» профилактика)

– социально-психологическое сопровождение окружения близких жертвы суицида («выживших») и предотвращение подражательных суицидов.

Цели и этапы кризисной психологической помощи после суицида в школе: снижение интенсивности острых стрессовых реакций у пострадавших (учащиеся и их родители, педагоги, администрация образовательного учреждения), оптимизация их актуального психического состояния, профилактика негативных эмоциональных реакций и рецидивов СП.

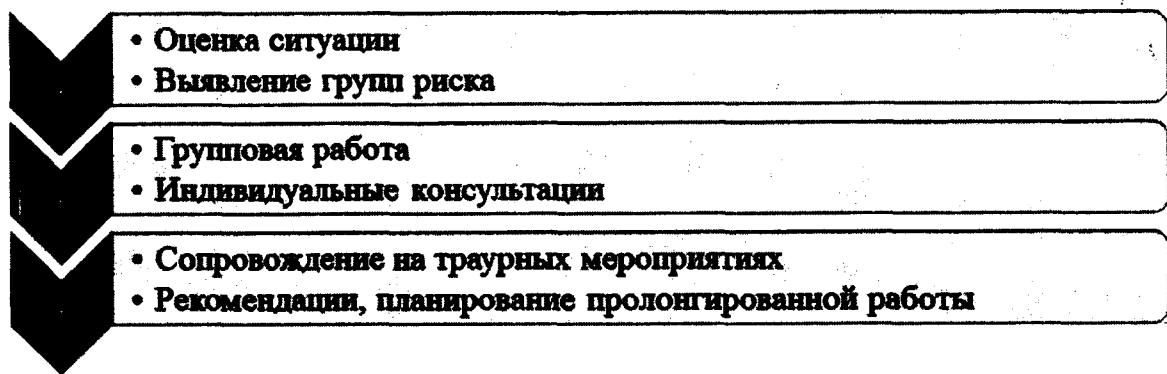


Рис. 1. Этапы социально-психологического сопровождения окружения близких жертвы суицида и предотвращение подражательных суицидов

Установление контакта психологов с ответственными лицами, сбор информации, оценка ситуации. На этом этапе психолог взаимодействует с администрацией, классным руководителем, социальным педагогом, родителями; оценивает ресурсы по выявлению группы риска и оказанию экстренной психологической помощи. Психолог или администрация образовательного учреждения (ОУ) могут самостоятельно обращаться за помощью в организации, оказывающие медицинскую, психологическую, социальную, правовую и иные виды помощи. При поступлении запроса специалистам антикризисных подразделений психологи центров взаимодействуют с администрацией ОУ, далее – со всей системой ОУ, устанавливают контакт, собирают предварительную информацию о ситуации, состоянии учащихся, группах, задействованных в данной ситуации (дети, родители, учителя), о предпринятых мерах, уточняют запрос, определяют совместно с администрацией и психологом ОУ антикризисный план (действий) с каждой группой, осуществляют психологическое сопровождение субъектов образовательной среды в кризисной ситуации. При проведении следственных мероприятий в ОУ необходимо психологическое сопровождение участников образовательной среды, задействованных в этих мероприятиях.

По необходимости психолог участвует в психологическом обеспечении траурных мероприятий (на кладбище), что даст возможность

специалисту оценить, как психологическое состояние участников церемонии, так и ближайшее внешкольное окружение погибшего. В целях локализации распространения слухов психологу желательно с администрацией ОУ принять участие в подготовке информации по происшествию, особенно предназначенной для СМИ.

Психолог ОУ со специалистами медицинских организаций, антикризисных центров в первую очередь осуществляет первичную диагностику психофизиологического состояния учащихся; проводит встречу с классом, в котором произошел случай (по необходимости может быть проведена беседа в нескольких классах). Групповая форма работы с детьми позволяет достичь следующих целей.

1. Оценить наличие явной или потенциальной угрозы для жизни как для самого человека, находящегося в кризисном состоянии, так и его окружения.

2. Упорядочить информацию, выстроить последовательность событий.

3. Помочь лучше понять учащимся произошедшее, понять погибшего (его проблемы, «пусковые» факторы, послужившие последней каплей, глубину отчаяния, его чувства), отреагировать свои чувства, повысить взаимопонимание и доверие между учащимися, адаптироваться после случившегося, вернуть чувство самообладания, утраченное равновесие.

4. Информировать учащихся об имеющихся очных экстренных и кризисных психологических службах в городе (районе), телефонах доверия (рассказать, для чего они существуют, как работают, оставить их номера телефонов).

Индивидуальная работа с подростком, совершившим суицидальную попытку (в постсуицидальный период). Консультирование должно быть сфокусировано на оценку суицидальных намерений и облегчение болезненных фантазий о смерти, неприятия помощи, враждебности,

потери и страха наказания, а также на стабилизацию ситуации. Распознавание СП и его диссимуляция важны для предотвращения повторных покушений на самоубийство в ближайшем или позднем постсуицидальном периодах.

Психологическое консультирование родителей направлено на следующее:

- 1) информирование о возрастных и индивидуальных особенностях реагирования в кризисных ситуациях и способах совладания с ними;
- 2) рекомендации по вопросам взаимоотношения с детьми;
- 3) информирование об имеющихся очных экстренных и кризисных психологических службах в городе (районе), телефонах доверия;
- 4) при выраженности психотравмы – оказание экстренной психологической помощи.

Взаимодействие с классным руководителем, другими педагогами.

Для школьного психолога педагог служит связующим звеном между ребенком, его родителями и психологом. Педагоги в силу своей профессиональной деятельности больше всего контактируют с детьми и их родителями, поэтому они (наряду с родителями) могут обратить внимание на изменения поведения ребенка, заметить признаки психологического и психического неблагополучия.

Психолог ОУ со специалистами медицинских организаций, антикризисных центров:

- информирует о признаках психологического неблагополучия, о влиянии травматического события на психику ребенка (как о закономерностях, так и возможных возрастных и индивидуальных реакциях, их динамике), о профессиональной помощи специалистов, работающих с травмой;
 - рекомендует педагогам и/или консультирует их по вопросам взаимоотношения с детьми, пережившими данные события.
- Повышение психологической компетенции сотрудников ОУ по

данним вопросам поможет избежать состояния растерянности и беспомощности и поможет в выборе эффективных способов совладания с данной проблемой, предотвратить профессиональное выгорание;

- обращает внимание педагогов на их собственные чувства, возникшие в связи с ситуацией, оказывает им (по их запросу) психологическую помощь (осознание, принятие, отреагирование чувств, актуализация ресурсов, формирование совладающего поведения). Педагог, успешно совладавший с психотравмирующей ситуацией, может внести вклад в установление благоприятных условий для обучения ребенка.

Психолог информирует сотрудников ОУ и родителей о возможных реакциях ребенка на травму, о взаимодействии с ним, ситуациях, когда взрослые могут справиться самостоятельно, когда, к кому и по каким адресам следует обратиться за профессиональной помощью. Педагогу на собрании следует сообщить родителям учащихся сведения о психологической службе в школе, местного антикризисного центра.

В рамках долговременного сотрудничества Научно-практического центра профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних при НМИЦ ПН им. В.П. Сербского и ЦЭПП разработана технология выявления и сопровождения несовершеннолетних с СП, объединяющая первичную, вторичную и третичную профилактику. Налаживание системы профилактики СП подростков в образовательной организации предполагает формирование компетенций медицинских, педагогических работников, психологов по распознаванию признаков СП. Так, на уровне первичной профилактики проводится повышение компетентности педагогических работников (классных руководителей, педагогов-психологов) в области распознавания суицидального и самоповреждающего поведения, основным (первичным) методам работы.

Суицидологические службы

Набор суицидологических служб для подростков, основанных на принципах междисциплинарного (бригадного) и межведомственного взаимодействия, формально соответствует континууму звеньев службы для взрослых («телефоны доверия» (ТД), кабинеты социально-психологической поддержки, или КСПП; кризисные стационары (отделения) при многопрофильных больницах, психиатрические отделения), согласно Приказу Минздрава РФ от 06.05.1998 № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением», но по содержанию работы и размещению принципиально отличен.

ТД, служба экстренной психологической помощи - средство первичной, вторичной и третичной профилактики СП, отвечает потребностям склонных к самоубийству, улучшает их психическое состояние, но чем более неотступны суицидальные мысли, тем вероятнее отношение к помощникам как к врагам. ТД снижает риск суицидальных попыток и их рецидивов; признан «затратно эффективной» стратегией предупреждения СП.

С 2011 г. действует Общероссийский детский ТД с единым общероссийским телефонным номером. Работа линий детского ТД координируется Фондом поддержки детей в трудной жизненной ситуации. К 2017 г. к единому номеру подключены 229 организаций во всех субъектах РФ; в 66 регионах детский телефон доверия круглосуточный. С 2012 г. идет сбор информации, касающейся СП. Специалисты ТД помогают ребенку осознать ценность жизни, найти выход из жизненной коллизии, увидеть будущее во взрослой жизни: учебе, работе, семье, поиске и выборе партнера.

Кризисные обращения абонентов детского ТД ЦЭПП составляют около 5% звонков. Для сравнения, суицидальные мысли подростков с семейными проблемами – на пятом месте по частоте среди 11 категорий

телефонного консультирования в Японии. Мысли о суициде выявлены у 19% малолетних абонентов, суицидальные намерения у 1,6%, решение совершить суицид у 0,3%, текущий суицид у 0,6%, постсуицид у 0,3%, физическая травма у 19%, психическая травма/насилие у 10%, сексуальное насилие/изнасилование у 5,5%, физическое насилие в семье у 10%, психологическое насилие в семье у 6%, инцест у 4,5%, смерть близких у 8,5%, неудовлетворение значимых потребностей у 6,5%, побег из дома у 7%.

Итак, малая часть звонков связана с СП детей и подростков, но большая часть – в связи с потенциально суицидогенными факторами. На детские линии поступает и большое количество «хулиганских звонков» вряд ли психически уравновешенных абонентов. Действенной альтернативой ТД, не всегда доступных селянам, становятся антисуицидальные сайты с онлайн консультированием.

КСПП развернуты в единичных регионах РФ. Обычно детей и подростков принимают в общем потоке посетителей, в худшем варианте, в «кабинете суицидолога» ПНД. В перспективе их следует открыть ближе к «потребителю»: в поликлиниках, общесоматических стационарах, ЦЗН, колониях для несовершеннолетних, детских домах (интернатах).

Кризисные отделения (стационары) обычно заменены койками в подростковых психиатрических отделениях. Кризисный стационар для подростков в Москве размещен в структуре психиатрического учреждения.

Научно-практический центр профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних – функциональное подразделение НМИЦ ПН им. В.П. Сербского (Приложение 1).

Организационные и функциональные проблемы профилактики СП несовершеннолетних

Поскольку СП – болезненная проблема, о нем недостаточно сообщают из-за стигматизации, криминализации и слабых разрозненных систем учета и наблюдения. Социальные, психологические, культурные и

иные факторы взаимодействуют, повышая риск СП, но стигма означает, что многие нуждающиеся в помощи не обращаются за ней. Большинство суицидентов не попадают в поле зрения психиатрической помощи. Подростки лечатся в отделениях неотложной помощи, известны социальным и правоохранительным службам, попадают в пенитенциарную систему, центры занятости населения. Менее половины жертв суицида получают психиатрическую помощь, охвачены медико-социальными мероприятиями. Так, в США 7-20% подростков, жертв суицида, наблюдались психиатром за 1-3 месяца до трагедии, чаще больные шизофренией.

Лечение подросткового злоупотребления ПАВ снижает риск СП, но помощь обычно фрагментирована. Подростков направляют к психиатру в связи с депрессией и риском СП и наркологу, полагающих проблемы не связанными. Большинство подростков не привлекаются к лечению, и им трудно сформировать терапевтический союз даже с одним врачом. Он же, напротив, способствует удержанию и положительным результатам лечения подростков.

Службы. Уровни и длительность медико-социальной помощи суицидентам отличаются, отражая национальные (местные) различия в доступе и стоимости услуг.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА

Адекватность терапии и реабилитации с позиции возрастного развития служит фактором улучшения эффективности, устойчивости позитивных терапевтических сдвигов, вовлеченности в лечение. При неоднородности суицидентов, маловероятно, что подход «один размер всем» – подходящий. Вмешательства, затрагивающие множественные контексты рискованного поведения (клиническое состояние, семья, сверстники, учеба) сулят широкие и устойчивые эффекты. По литературным данным, профилактические вмешательства, обращенные к

учителям и школьному персоналу, профессионалам и ученикам, на 50% сократили суицидальные попытки и частоту суицидальных мыслей и планов, на 30% - случаи клинической депрессии. Результаты исследований семейной психотерапии при горевании показали снижение риска СП через 10-15 лет после вмешательства.

В ходе индивидуального осмотра, проведенного в 2016-2018 гг. ЦЭПП МГППУ московских подростков-школьников 9-10 классов (n=250) из группы риска СП, выявленного при скрининге, у 37% результаты скрининга не подтверждены в силу ситуационного эмоционального неблагополучия или завышения результатов подростками с нарциссическим или пограничным радикалами, но в силу неустойчивости, импульсивности и низкого уровня дифференцированности переживаний, они вошли в группу консультативного психологического сопровождения на базах ОУ. Однако у 63% подростков выявлены признаки психического неблагополучия. Из них 55% нуждались в длительном психологическом сопровождении, а 8% рекомендована психиатрическая помощь. В подгруппе последних, высказывающих суицидальные намерения и планы, установлены впервые психиатрические диагнозы (МКБ-10) – большей частью депрессивных расстройств.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Организация и апробация результативности подросткового сектора суицидологической помощи, с привлечением позиции суицидентов и их близких, вписаны в русло Стратегии развития системы охраны психического здоровья в Российской Федерации до 2025 г., предусматривающей обеспечение необходимых условий для разработки инновационных, ресурсосберегающих программ психопрофилактики, психообразования и психопросвещения, адресованных потребителям психиатрической помощи и населению в целом на разных этапах жизненного цикла человека.

Плодотворно междисциплинарное изучение СП детей и подростков, интегрирующее данные генетики, молекулярной биологии, неврологии, физиологии, психологии и психиатрии.

Пока в центре внимания профилактики СП школьники-горожане, но «в тени» дискриминированные в доступе к помощи (и активно избегающие ее) селяне, в РФ – представители малых народов Севера и Дальнего Востока и сексуальных меньшинств, не учащиеся и не работающие, малолетние преступники, сироты и бездомные, инвалиды. Для проблемных групп высокого риска СП и их близких особо важны возраст-специфичные пациент-центрированные мобильные и гибкие антикризисные службы нового типа, обращенные к личностно-социальному восстановлению и развитию.

Рекомендации могут стать важной частью Федеральной и местных антикризисных программ с выделением возрастных, профессиональных и клинических групп с наиболее высоким риском СП, что будет способствовать продуктивному взаимодействию профессионалов в сфере охраны психического здоровья.

Рекомендации уточняют профессиональные ориентиры, определяют уровень качества работы, «правильное» понимание суицида как *принципиально предотвратимой причины смерти*. Сообщения обученных, согласно «рекомендованной практике», работников СМИ снижают риск суицида при повышении осведомленности общества и побуждении лиц из группы риска к своевременному обращению за необходимой помощью. Развитие (уточнение) рекомендаций и их распространение с последующей оценкой результатов предполагает межпрофессиональное и межведомственное сотрудничество для достижения согласия специалистов в области охраны психического здоровья, организаторов служб здравоохранения и СМИ с привлечением юристов и представителей общественности.

Исходя из изложенного, можно сделать следующие выводы:

1. СП подростков как возрастной группы со сложными клинико-социальными проблемами – актуальная проблема общественного здравоохранения во всем мире.

2. Распространенность и типология СП связаны с полом и этапом созревания подростков.

3. СП – результирующая динамического баланса биопсихосоциальных факторов риска и защитных (антисуицидальных) факторов. Набор факторов риска СП и защитных факторов сходен, но удельный вес отдельных различен на личностном и популяционном уровнях.

4. Типовая психиатрическая (антикризисная) помощь доступна и эффективна при внимании к особым возрастным эластичным потребностям разнородной группы суицидентов-подростков и их близких с привлечением обученных кадров (профессионалов и «вахтеров») и современных резервов помощи, например, интернета.

5. Структура и функция местной (государственной) детско-подростковой суицидологической службы в рамках широкой стратегии охраны здоровья подрастающего населения должны быть возраст-специфичными с опорой на полипрофессиональное (бригадное) и межведомственное взаимодействия. Целесообразно внедрение научно-практического опыта Научно-практического центра профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних организованного в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России в работу региональных антикризисных программ.

6. Многообразное социально-экономическое бремя СП подростков может и должно быть снижено при своевременном дифференцированном лечебно-профилактическом подходе с доказанной эффективностью в повседневной практике.

7. Межведомственное взаимодействие на региональном и федеральном уровне становится основополагающим в части организации превентивных, профилактических мероприятий.



«УТВЕРЖДАЮ»

Генеральный директор
ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии
имени В.П. Сербского»
Минздрава России
доктор медицинских наук, профессор
_____ З.И. Кекелидзе

« ____ » _____ 2019 г.

ПОЛОЖЕНИЕ

о Научно-практическом центре профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних

I. Общие положения

1. Научно-практический центр профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних» (далее – НПЦ) создается в соответствии с поручением Минздрава РФ № 15-2/10/2-1159 от 22.02.2018 на базе ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России (далее – Центр).

2. НПЦ является функциональным подразделением Центра.

3. В своей деятельности НПЦ руководствуется приказами Генерального директора Центра и настоящим Положением.

II. Цель и задачи

Цель деятельности НПЦ: разработка и реализация комплексных мер по профилактике, ранней диагностике, кризисной помощи и реабилитации суицидального и опасного поведения у детей и подростков.

Задачи НПЦ

1. Мониторинг и анализ суицидальной ситуации среди детей и подростков в субъектах РФ и регулярная подготовка материалов для Минздрава РФ и других органов государственной власти и управления.
2. Разработка классификации субъектов РФ по уровню суицидальной напряженности в детской и подростковой группах населения. Разработка предложений по структуре и штатной численности служб по профилактике суицидов среди детей и подростков в соответствии с уровнем суицидальной напряженности региона.
3. Разработка предложений по созданию единой межведомственной статистической отчетности о суицидах у детей и подростков.
4. Формирование банка данных по проживающим в г. Москве детям и подросткам с суицидальным поведением.
5. Определение потенциальных и актуальных факторов риска и разработка методов ранней диагностики суицидального поведения у детей и подростков.
6. Изучение связи между нефатальным суицидальным поведением детей и подростков с клиническими, социальными, личностно-психологическими и демографическими факторами.
7. Разработка форм и методов суицидологической помощи детям и подросткам, госпитализированным в общемедицинский стационар вследствие покушения на самоубийство, с учетом характера и тяжести соматических нарушений, психического состояния и уровня суицидального риска.
8. Оказание амбулаторной и стационарной суицидологической (кризисной, реабилитационной) помощи проживающим в г. Москве детям и подросткам с суицидальным поведением.
9. Создание организационной модели суицидологической помощи детям и подросткам.

10. Участие в создании региональных служб по профилактике суицидов и опасного поведения детей и подростков в субъектах РФ с возложением на НПЦ обязанностей по координации и научно-методической поддержке их деятельности.

11. Разработка и апробация новых форм и методов профилактики суицидов среди детей и подростков.

12. Разработка информационно-просветительных программ по предупреждению суицидов у детей и подростков с использованием электронных и печатных средств массовой информации и привлечением специалистов в области суицидологии, психологии, психиатрии, социологии, а также журналистов и представителей творческой интеллигенции.

13. Разработка образовательных и информационно-просветительных программ по суицидальному поведению детей и подростков для родителей, учащихся учебных заведений, педагогов, школьных психологов, детских и подростковых врачей общей практики, сотрудников правоохранительных органов.

14. Разработка унифицированного диагностического комплекса методов, направленных на исследование склонности подростков к опасному (рискованному, саморазрушающему, деструктивному) поведению.

15. Разработка системы медико-психологического сопровождения и реабилитации детей и подростков с опасным поведением.

III. Структура НПЦ

1. **Амбулаторный блок** (на базе отделения клинической и профилактической суицидологии и приемного отделения с функцией консультативно-диагностической помощи клиники Московского НИИ психиатрии – филиала Центра; далее – Клиника).

Функции

- оказание плановой консультативно-диагностической помощи детям и подросткам с проявлениями суицидального поведения;
- определение дальнейшей тактики оказания специализированной суицидологической помощи;
- оказание амбулаторной (профилактической, терапевтической, реабилитационной) суицидологической помощи детям и подросткам в пресуицидальном и постсуицидальном периодах суицидального процесса;
- динамическое наблюдение детей и подростков с суицидальным поведением после их выписки из стационара;
- оказание психологической и психотерапевтической помощи
- родственникам детей и подростков с суицидальным поведением;
- формирование банка данных по проживающим в г. Москве детям и подросткам с суицидальным поведением.

2. Стационарный блок (на базе отделения клинико-патогенетических проблем детской и подростковой психиатрии Клиники).

Функции:

- оказание стационарной (кризисной, реабилитационной) суицидологической помощи детям и подросткам, госпитализированным вследствие наличия у них проявлений суицидального (мысли, замыслы, намерения, попытки, преднамеренные самоповреждения) и опасного (экстремальные поступки с риском для жизни и здоровья) поведения.

3. Коммуникационный блок – «Горячая линия» (на базе отделения неотложной психиатрической и психологической помощи при чрезвычайных ситуациях Центра).

Функции:

- оказание экстренной анонимной психологической и психотерапевтической помощи детям и подросткам с суицидальным поведением;
- направление на плановое консультативно-диагностическое обследование детей и подростков с суицидальным поведением в амбулаторный блок НПЦ.

4. Блок суицидологической помощи в общемедицинском стационаре (на базе Детской городской клинической больницы №13 им. Н.Ф. Филатова).

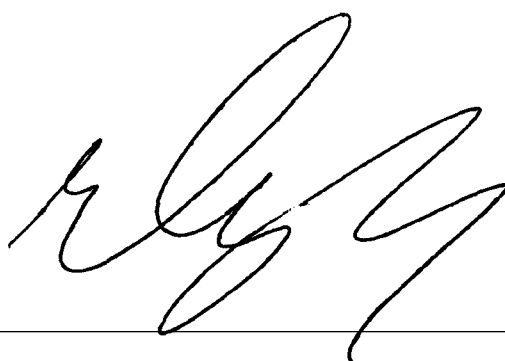
Функции:

оказание суицидологической помощи детям и подросткам, госпитализированным в общемедицинский стационар вследствие соматических последствий суицидальной попытки. Осуществляется в рамках Договора о научно-практическом сотрудничестве.

4. Блок активного выявления и профилактики суицидального поведения в подростково-молодежной среде на базе Центра экстренной психологической помощи Московского государственного психолого-педагогического университета.

Функции:

- проведение скрининга учащихся учреждений среднего и среднего профессионального образования г. Москвы с целью выявления актуальных и потенциальных факторов риска суицидального поведения и его предупреждения. Осуществляется в рамках Соглашения о сотрудничестве.



IV. Руководство НПЦ

1. Руководитель НПЦ – профессор Б.С. Положий (с сохранением штатных обязанностей руководителя отделения клинической и профилактической суицидологии МНИИП – филиала Центра).

2. Контроль за деятельностью НПЦ возлагается на заместителя Генерального директора Центра, профессора Е.В. Макушкина.

V. Штаты

Все сотрудники НПЦ работают на функциональной основе согласно приказу Генерального директора Центра с сохранением штатных обязанностей соответствующих подразделений Центра и его филиалов – МНИИ психиатрии и ННЦ наркологии.





О РЕАЛИЗАЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОДХОДА И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ С РИСКОМ СУИЦИДА

Макашева Валентина Анатольевна

*Главный внештатный детский психиатр
Сибирского федерального округа Минздрава России*

*Главный врач Новосибирского областного детского
клинического психоневрологического диспансера*

КОМПЛЕКСНАЯ МОДЕЛЬ ПРОФИЛАКТИКИ КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЙ В МУНИЦИПАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОДА НОВОСИБИРСКА

ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ: «ВЫЯВЛЕНИЕ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ШКОЛЬНИКОВ С РИСКОМ СУИЦИДА»

СОСТАВ ПРОЕКТНОЙ ГРУППЫ



**Ахметгареев
Рамиль
Миргазынович**
начальник
департамента
образования
мэрии города
Новосибирска



**Андронникова
Ольга Олеговна**
канд. психол.
наук, декан
факультета
психологии
ФГБОУ ВО
НГПУ



**Бакулин
Константин
Александрович**
канд. мед. наук,
проректор по
воспитательной и
социальной работе,
ФГБОУ ВО НГМУ
Минздрава России



**Кащенко
Елена Юрьевна**
зам. начальника
ДО – начальник
управления
образовательной
политики и
обеспечения
образовательного
процесса мэрии г.
Новосибирска



**Склянова
Нина
Александровна**
д-р. мед. наук,
профессор,
директор МКУ
ДПО «ГЦОиЗ
«Магистр»



**Суворова Дарья
Сергеевна**
заместитель
главного врача,
начальник
организационно-
методической
службы
ГБУЗ НСО
«НОДКПНД»



**Шпикс
Татьяна
Александровна**
канд. мед. наук,
доцент кафедры
клинической
психологии ФГБОУ
ВО НГМУ

Основание реализации Проекта: приказ заместителя мэра города Новосибирска №0005-од от 24.03.2020 год
Условия формирования Проекта: введение ограничительных мероприятий в условиях пандемии, включая дистанционное обучение, риск роста психического неблагополучия детей, особенно в условиях крупного города
Необходимость контроля и управления ситуацией.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОСНОВЕ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА

Деятельность, связанная с проектом, находится в контексте воспитательной работы школы и сфокусирована на формировании психического здоровья учеников.

В центре внимания – выявление индивидуальных факторов неблагополучия, ухудшающих психическое здоровье, и, как следствие, способствующих развитию суицидального поведения, с учетом «популяционной предуготовленности» школьников (распространенности идеи суицида как способа разрешения конфликтных ситуаций).

1. Аналитико-диагностический инструмент «Факторный анализ риска суицида»* (Приложение)

Инструмент разработан в виде сводной таблицы «Детерминант риска реализации суицида», включает 34 характеристики, которые сгруппированы по следующим факторам:

- психологические, включают 3 фактора условия на уровне индивидуально-личностных особенностей, потенциально влияющих на формирование риска суицида, 5 предрасполагающих факторов, отражающих актуальное состояние психического здоровья учащегося (эмоциональный и поведенческий уровень функционирования), 4 фактора, свидетельствующих о формирующемся суицидальном поведении;
- семейные, 2 фактора условия (особенность структуры семьи) и 3 фактора, отражающие подавление значимых потребностей ребенка/подростка в семье;
- социальные, 5 факторов условий, отражающих наличие неблагоприятных социальных условий в жизни ребенка/подростка, 5 факторов, представляющие собой критические жизненные события, которые могут приводить к реализации суицидальных намерений;
- физические, 3 фактора, свидетельствуют о длительных нарушениях соматического здоровья, 4 фактора – индикаторы актуального физического неблагополучия.

Анализ факторов суицидального риска проводится классным руководителем (педагогом)

* Составлен на основании: ВОЗ «Политика и планы в области охраны психического здоровья детей и подростков», 2006; JM Rev's TASCAPAR Textbook of Child and Adolescent Mental Health, 2018; «Интегративная модель суицидального поведения» Б.С. Положий, 2010

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОСНОВЕ

ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА

На основании бальной оценки результатов формируется индивидуальный интегративный показатель. По диапазону его значений когорта исследуемых распределяется на группы риска суицида, формируя ранги высокой, средней, низкой степени выраженности.

- ✓ Высокий уровень риска суицида – личностно-психологические детерминанты сочетаются с эмоциональными и поведенческими нарушениями, сформировано суицидальное поведение.
- ✓ Средний – личностные факторы риска усилены стрессами жизни, социальным неблагополучием, признаки суицидального поведения отсутствуют.
- ✓ Низкий – характерны факторы риска, связанные с неудовлетворенными потребностями в учебной деятельности и межличностном общении.

Детерминанты риска суицида – «мишени» для организации профилактической работы

Маршрутизация выявленных в ходе анализа школьников строится в соответствии с группой риска.

- ✓ Высокий риск суицида. В неотложной форме консультация психиатра (добровольность обращения), оказание психологической помощи в отделениях кризисной помощи центров системы образования (МКУ дополнительного профессионального образования города Новосибирска «Городской центр образования и здоровья «Магистр» и ГБУ НСО - Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи детям «Областной центр диагностики и консультирования»), психологическое сопровождение в школе в соответствии с рекомендациями.
- ✓ Средний суицидальный риск. Ведение индивидуального случая в кризисных отделениях центров системы образования, плановая консультация психиатра, индивидуальная работа в школе.
- ✓ Низкий риск суицида. Интервенции в школе, направленные на психологическое сопровождение и поддержку в зависимости от выявленных факторов риска, работа с родителями.

Периодичность использования Факторного анализа: не реже одного раза в 6 месяцев.

Результаты формируют как индивидуальный, так и общий психологический портрет, например, класса, школы и округа, которые отражаются в аналитической справке.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОСНОВЕ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА

2. Методическое сопровождение осуществляется образовательными организациями

МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр» и ГБУ НСО «ОЦДК» - структуры дополнительного профессионального образования, в составе которых не только психолого-медико-педагогические комиссии областного и городского уровней, но и открыты отделения оказания специализированной помощи – Кризисное отделение в Магистре и Центр психологической безопасности образовательной среды – в ОЦДК.

Специалисты МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр» организовали обучение классных руководителей технологии применения факторного анализа, сформировали дополнительный глоссарий.

Экспертное заключение по Пилотному проекту: Т.Л. Чепель, член Президиума Федерации психологов образования России, главный специалист педагог-психолог Министерства образования Новосибирской области.

3. Межведомственное взаимодействие.

Разработаны и подписаны соглашения о сотрудничестве между образовательными организациями и детским психоневрологическим диспансером.

Медицинская психиатрическая организация формирует следующие разделы работы:

- обеспечивает доступность психиатрической антикризисной помощи и ее целенаправленный характер,
- формирует меры экстренного реагирования в чрезвычайных ситуациях;
- на основе представленных школами неперсонифицированных аналитических справок разрабатывает рекомендации для школы, в том числе по изменению психологического климата.

Для решения индивидуальных проблем при ведении случая в систему помощи привлекаются специалисты смежных служб – психологи, социальные работники организаций департамента по делам молодежи, министерства труда и социального развития, Комиссий по делам несовершеннолетних.

ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

- доложены на расширенном заседании заместителя мэра В.А. Шварцкоппа, 15.03 2021 года.

В настоящее время в Пилотном проекте участвуют 7 образовательных организаций города, включая «посткризисные» школы. Проведен факторный анализ 4230 школьников 5-11 классов.

Отсутствие суицидального риска зарегистрировано у 51,5% школьников от общего числа обследованных, 2180 учеников.

Стратификация групп несовершеннолетних по уровню суицидального риска

Низкий суицидальный риск: 42,5 % от общего количества учащихся, 1798 школьников

Группа формируется за счет набора небольшого количества факторов по одному/двум категориям, например социальных и психологических, часто включает такие факторы, как низкий уровень академической успеваемости, недостаточная физическая активность, отсутствие сопричастности к значимой группе сверстников, чувство неуспешности.

Средний суицидальный риск: 2,4 %, 101 учащихся

Факторы риска – импульсивность поведения, переживание чувства неуспешности в учебной деятельности, отвержение сверстниками, подверженность буллингу, чувство социальной изоляции, сниженное настроение, потеря интереса к деятельности, ранее приносившей удовольствие, чувство усталости. Значимую роль играют стрессоры, связанные с семьей. В актуальном состоянии отсутствует суицидальное поведение.

Высокий суицидальный риск: 3,6 % от общего количества учащихся, 151 ученик

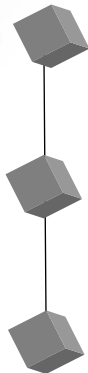
У ряда школьников сформировано суицидальное поведение - от мыслей, намерений до планирования суицида, характерны суицидальные попытки в прошлом. Риск суицида детерминирован импульсивностью поведения, наличием вредных привычек, трудностями в межличностных отношениях. В актуальном состоянии сформирован «пресуицидальный синдром»: школьники переживают такие деструктивные чувства, как злости, вины, страдают от сниженного настроения, одиночества и безысходности, наносят самоповреждения. За период, предшествовавший исследованию, отмечаются ухудшение успеваемости и утомляемость.

Прогнозируемая по территории потребность в индивидуальном сопровождении – 21000 учащихся,

из них детей с психическими расстройствами 17 – 19% детей.

ВЫВОДЫ

Достоверно выявлено:



при высоком риске суицида чувство вины, злости сниженное настроение и ощущение безысходности положительно коррелирует с развитием вредных привычек, перфекционизмом;

актуальный план суицида положительно взаимосвязан с суицидом среди близкого окружения, длительным пребыванием ребенка в стационарном учреждении в связи с соматическим заболеванием;

отсутствие чувства сопричастности к значимой группе сверстников снижает академическую успеваемость.

Положительный опыт

1. Система выявления детей с риском суицида в условиях школы на основе применения факторного анализа эффективна по мнению классных руководителей, педагогов, психологов, директоров школ. На основании отчетов директоров школ Факторный анализ – инструмент контроля ситуации в отношении суицида как в целом по школе, так и в группах риска. За исследуемый период показан внутришкольный и индивидуальный динамический анализ.

Таким образом у педагогического персонала школы формируется осознанность в организации системы превенции с динамичностью и регулярностью процесса на основе принятия последовательных мер для управления ситуацией; понимание явления «предотвращенных потерь».

2. Результаты факторного анализа риска суицида формируют основу дифференцированного сопровождения психологом школьника в зависимости от выявленных потребностей, обеспечивают индивидуальное ведение случая в рамках коррекционной работы и контроль изменения его состояния.

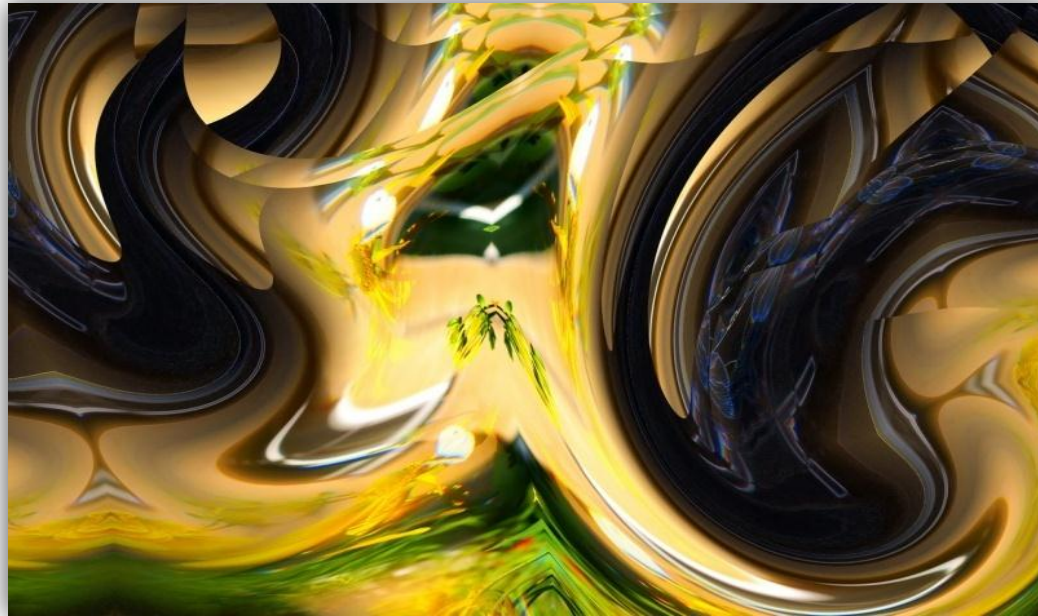
3. По результатам факторного анализа можно увидеть некоторые стороны «психологического портрета» школы/района/города, особенности воспитательной работы, образовательного процесса, эмоционального климата.

проблемы/риски:

- *Объективные барьеры в школе по оказанию антикризисной помощи группе высокого и среднего риска: родители/законные представители не готовы получать необходимую в связи с суицидальными проблемами психологическую помощь в стенах школы, что связано с психологически понятными ожиданиями от школы как структуры образования («школа только для обучения»).*
- *«Психиатрические риски» – масштабная психиатрическая диагностика и идентификация детей как психически больных, их расширенная госпитализация в психиатрические стационары общего типа в условиях сегодняшней психиатрии (отсутствуют кризисные отделения, например, в детских больницах) представляет высокие риски в отношении дальнейшего расширения суицидального поведения в связи с фактором научения и ухудшения психического здоровья популяции в целом.*
- *Недостаточная мощность развернутых на территории психолого-педагогических центров в структуре образования, их ресурсной обеспеченности кадрами. Консолидация межведомственных структур, групп специалистов по единым протоколам ведения случая.*

ПРЕДЛОЖЕНИЕ

Рассмотреть возможность создания психолого-педагогических региональных центров в системе образования как профессиональных организаций, работающих в области превенции суицидов, буллинга, для организационной и коррекционной работы со школами и большими потоками детей дошкольно-школьного возраста по эффективным дифференцированным методикам коррекции, в рамках единых нормативов и других управленческих решений. На базе такого регионального центра с районными филиалами необходимо обеспечить мониторинг ведения случая высокого и среднего уровня риска суицида, его контроль эффективности.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

Макашева В.А.

v.a.makasheva@gmail.com

Приложение
к презентации проекта
«О реализации индивидуального подхода
и дифференцированного сопровождения
школьников с риском суицида»

***Факторный анализ риска суицидального поведения**

психологические	семейные	социальные	физические
<ul style="list-style-type: none"> • перфекционизм • сенситивность • ответственность • безысходность, безнадежность, отчаяние, душевная боль* • сниженное настроение, перепады настроения* • вина, стыд, злость, ажитация* • импульсивность* • нарушение половой идентификации, предпочтений • потеря интереса к деятельности, приносившей ранее удовольствие • рискованное поведение (игнорирование правил дорожного движения, зацепинг, трейнсерфинг, опасные селфи)* • причинение себе физического вреда (самоповреждения)* • мысли о суициде* • план суицида* • наличие попытки в анамнезе* 	<ul style="list-style-type: none"> • один родитель • есть опекун/усыновитель • пренебрежение потребностями ребенка, физическими, психологическими • отсутствие право голоса у ребенка при принятии решений, касающихся его собственной жизни (выбор школы, кружков, хобби, друзей, профессии и т.д.) • возложение на ребенка «родительских» обязанностей, например, необходимость работать, осуществлять уход и присмотр за младшими и/или больными детьми и т.д. 	<ul style="list-style-type: none"> • нет друзей • отсутствие чувства сопричастности к значимой группе сверстников • неуспешность в учебе • разрыв романтических отношений/ безответные чувства • резкое снижение успеваемости • насилие, оскорбления, унижения, преследования со стороны учеников и учителей • смерть родителя/ близкого члена семьи • суицид среди окружения • частые переезды с места на место • нахождение в стационарном учреждении для детей, оставшихся без попечения родителей или учреждении закрытого типа 	<ul style="list-style-type: none"> • тяжелое соматическое заболевание, особенно, связанное с хронической болью (онкология, ВИЧ-инфекция, сахарный диабет, туберкулез, вирусный гепатит и т.д.) • нарушения сна • наличие физического дефекта • резкий набор или потеря веса тела, избыток массы тела • постоянная усталость, потеря энергичности • сидячий образ жизни, отсутствие физических нагрузок • употребление алкоголя, наркотиков, курение

Наличие семи и менее признаков по всем группам факторов свидетельствует о низком суицидальном риске. В этом случае требуется консультация врача-психиатра в плановом порядке.

Ситуация отказа семьи от помощи и/или отсутствие поддержки со стороны значимых близких напрямую увеличивает риск суицида и переводит его на более высокую степень выраженности.

От восьми до 12 признаков по всем группам факторов или пять и более в группе «психологические» факторы свидетельствуют о среднем уровне суицидального риска.

От 13 и более признаков по всем группам факторов или два и более признаков со знаком «*» в группе «психологические» факторы указывают на высокий суицидальный риск.

Острый суицидальный риск: если ребенок по результатам факторного анализа имеет высокий суицидальный риск, необходимо провести дополнительную углубленную диагностику его эмоционального состояния.

Критерии острого суицидального риска:

наличие актуального плана суицида, способа, времени, места;

постоянно говорит о том, что хочет умереть;

пишет прощальные записки.

При установлении острого риска суицида, среднего или высокого уровня риска суицидального поведения необходимо пациента и его семью направить к врачу-психиатру для оказания неотложной специализированной медицинской помощи.



ПАМЯТКА

ИНФРАСТРУКТУРА МЕДИЦИНСКИХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ, ОКАЗЫВАЕМЫХ НАСЕЛЕНИЮ БЮДЖЕТНЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ (В ТОМ ЧИСЛЕ В КРИЗИСНЫХ И ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ)

- ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России.

Научно-практический центр профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних.

г. Москва, ул. Потешная, д. 3.

Тел. Центра: 8 (495) 963-75-72.

Цель деятельности Центра – разработка и реализация комплексных мер по профилактике, ранней диагностике, кризисной помощи и реабилитации суицидального и опасного поведения у детей и подростков. В амбулаторном блоке Центра, работающем на базе отделения клинической и профилактической суицидологии и консультативно-диагностического отделения клиники Московского НИИ психиатрии – филиала Центра имени В.П. Сербского, оказывается консультативно-диагностическая, медико-психологическая и психотерапевтическая помощь детям и подросткам с проявлениями суицидального поведения. В стационарном блоке на базе детско-подросткового отделения клиники Московского НИИ психиатрии оказывается стационарная (кризисная, реабилитационная) суицидологическая помощь детям и подросткам, госпитализированным вследствие совершенных суицидальных попыток, а также наличия у них других проявлений суицидального (мысли, замыслы, намерения, преднамеренные самоповреждения) и опасного (экстремальные поступки с риском для жизни и здоровья) поведения. В Центре работают высококвалифицированные специалисты в области детской и подростковой психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и суицидологии. Руководитель Центра – доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки России Б.С. Положий.

Все виды консультативно-диагностической и лечебной помощи осуществляются на бесплатной основе и не требуют каких-либо врачебных направлений. Запись на консультативно-диагностический прием осуществляется по телефону (495) 963-71-25 (кроме субботы и воскресенья) (понедельник-пятница с 9.00 до 17.00).

• Городское консультативно-психиатрическое диспансерное отделение ГБУ здравоохранения города Москвы.

«Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы».

г. Москва, 5-й Донской проезд, д. 21А.

Тел.: 8 (495) 954-20-74 (понедельник-пятница с 9.00 до 18.00, суб. с 9.00 до 14.00).

Стационар, включающий в себя 11 лечебно-диагностических отделений, в том числе отделения для лечения наиболее тяжелых форм психических расстройств (острые психозы, шизофрения, расстройства с выраженными нарушениями поведения и суицидальными проявлениями, умственная отсталость), отделение для комплексной лечебно-реабилитационной и педагогической работы с детьми и подростками с пограничными формами психических расстройств, отделение для совместного пребывания родителей с детьми, боксированное отделение. Особым направлением в работе НПЦ является коррекция нарушений пищевого поведения, в том числе нервной анорексии.

Условия:

- самостоятельное обращение с 15 лет; для детей до 15 лет с родителями;
- обращение по паспорту, полису;
- бесплатные консультации для москвичей; для иногородних: самостоятельное обращение - платно, по направлению Департамента здравоохранения - бесплатно.

Бесплатные анонимные телефоны доверия

• **ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.**

Горячая линия помощи. Круглосуточно **8 (495) 637-70-70.**

Горячая линия по вопросам домашнего насилия **8 (495) 637-22-20.**

Контактный e-mail по вопросам COVID-19 covid-19@serbsky.ru.

• **Всероссийский Детский телефон доверия** (бесплатно, круглосуточно) **8-800-2000-122.**

Психологическое консультирование, экстренная и кризисная психологическая помощь для детей и подростков в трудной жизненной ситуации и их родителей.

• **«Детский телефон доверия» Центра экстренной психологической помощи** Московского городского психолого-педагогического университета (бесплатно, круглосуточно) **8 (495) 624-60-01** или **8-800-2000-122.**

Психологическое консультирование, экстренная и кризисная психологическая помощь для детей и подростков в трудной жизненной ситуации и их родителей.

• **Телефон доверия неотложной психологической помощи** (Московская служба психологической помощи населению) (бесплатно, круглосуточно): **051** (с городского телефона); с мобильного телефона (МТС, Мегафон, Билайн) **8-495-051** - услуги оператора связи оплачиваются согласно тарифному плану.

Психологическое консультирование взрослых по различным вопросам: острые кризисные ситуации, вопросы личностного развития, семейные или профессиональные проблемы.

• **Горячая линия «Дети Онлайн»** (бесплатно, с 09-00 до 18-00 по рабочим дням) **8-800-250-00-15**.

Консультирование взрослых по вопросам: как оградить детей от негативного контента, преследования, шантажа, домогательства в Интернете.

• **Горячая линия Центра экстренной психологической помощи МЧС России** (бесплатно, круглосуточно): **8 (499) 216-50-50** (при звонке из другого города или страны оплачивается междугородняя связь).

Психологическое консультирование взрослых по различным вопросам: острые кризисные ситуации, вопросы личностного развития, семейные или профессиональные проблемы.

Департамент образования города Москвы

• **ГБОУ города Москвы «Городской психолого-педагогический центр Департамента образования города Москвы»** (ГБОУ ГППЦ ДОГМ).
тел.: **8 (499) 172-10-19; 8 (499) 613-52-14**.

Оказание бесплатной очной психологической помощи детям и их родителям. Проведение мероприятий первого и второго уровней профилактики суицидального поведения обучающихся.

• **Центр экстренной психологической помощи ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет».**

г. Москва, Шелепихинская набережная, д. 2А.

тел.: **8 (499) 795-15-01; 8 (499) 795-15-07**.

Оказание экстренной психологической помощи субъектам образовательной среды, психологическое консультирование детей, родителей, работников сферы образования в кризисных ситуациях.

Организация и предоставление учебно-методической помощи специалистам образовательных организаций (по направлениям деятельности центра).

Департамент социальной защиты населения города Москвы

- ГБУ «Московская служба психологической помощи населению» Департамента социальной защиты города Москвы (ГБУ МСППН).
г. Москва, 2-ой Саратовский проезд, д. 8, кор. 2.
тел.: **8 (499) 173-09-09** и филиалы по округам (пон.-пят. с 9.00 до 21.00, суб. с 9.00 до 18.00). Консультации по вопросам семьи и брака, детско-родительским взаимоотношениям, внутриличностным конфликтам, психологическому здоровью, профориентации (самостоятельное обращение с 14 лет; для детей от 10 до 14 лет - с родителями). Кризисное очное консультирование (на территории службы); выездная кризисная помощь (на дому), работа бригад быстрого реагирования в связи с ЧС.

МЧС России

Единый номер спасения: 112.

- **Центр экстренной психологической помощи МЧС России.**

г. Москва, Угловой переулок д. 27 стр. 2.

Оказание экстренной психологической помощи населению, пострадавшему при чрезвычайных ситуациях. Оказание экстренной психологической помощи осуществляется в ходе проведения эвакуации пострадавших, в пунктах временного размещения, при сопровождении массовых и траурных мероприятий, в том числе при проведении процедуры опознания. На сегодняшний день сотрудниками организации являются более 350 специалистов, которые работают в Центре и его филиалах в Хабаровске, Красноярске, Екатеринбурге, Нижнем Новгороде, Ростове-на-Дону, Пятигорске, Севастополе, Санкт-Петербурге.

<http://www.psi.mchs.gov.ru>

Горячая линия +7 (495) 989-50-50.

Интернет ресурсы

- Сайт при детском телефоне доверия МГППУ, где размещены информационные ресурсы и есть возможность получить дистанционную консультацию <http://childhelpline.ru/>
- Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) <https://www.who.int/features/qa/24/ru/>
- wikiHow «Как предотвратить самоубийство» <https://ru.wikihow.com/%D0%BF%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D1%82%D0%B2%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%82%D1%8C-%D1%81%D0%B0%D0%BC%D0%BE%D1%83%D0%B1%D0%B8%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE>

Лист согласования к документу № 23/4167 от 28.04.2021
Инициатор согласования: Лигай А.В. Ведущий специалист-эксперт
Согласование инициировано: 28.04.2021 14:05

Лист согласования

Тип согласования: **последовательное**

№	ФИО	Срок согласования	Результат согласования	Замечания
1	Гришина Н.С.		Согласовано 28.04.2021 - 14:26	-
2	Шкуратская М.В.		🔒 Подписано 28.04.2021 - 16:27	-