**ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский
центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского”
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ
(факторы риска, предикторы развития,
диагностика)**

*Методические рекомендации*



**Москва - 2024**

УДК 159.9:616.89

ББК 56.14:88.7

С89

Методические рекомендации подготовили в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России доктор медицинских наук **Р.В. Ахапкин**, доктор психологических наук, профессор **Е.Г. Дозорцева**, доктор меди­цинских наук, профессор **Е.Б. Любов**, кандидат медицинских наук, стар­ший научный сотрудник **Г.С. Банников**, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник **К.Л. Кещян**, младший научный сотрудник **К.А. Чистопольская**.

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России 24 июня 2024 г., протокол № 6.

Рецензенты:

**П.Б. Зотов** — профессор, доктор медицинских наук, директор Института клинической медицины ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ» Минздрава России;

**И.С. Карауш** — доцент, доктор медицинских наук, доцент учебно-мето­дического отдела ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.

С89 Ахапкин Р.В., Дозорцева Е.Г., Любов Е.Б., Банников Г.С., Кещян К.Л., Чистопольская К.А.. **Суицидальное поведение несовершеннолет­них (факторы риска, предикторы развития, диагностика)**: Ме то- дические рекомендации. — М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2024. - 38 с.

*Приведены основные факторы риска развития суицидального поведения в подростковом и юношеском возрасте, описаны психологические феноме­ны, клинико-психопатологические симптомы, кризисные суицидальные переживания, имеющие наибольшую прогностическую ценность при оценке краткосрочного риска совершения суицидальных действий. Представлены опросник кризисного состояния (ОКС-7) для первичной оценки выражен­ности суицидальных переживаний, чек-лист оценки суицидального риска (ЧОСР), способствующий выявлению краткосрочного суицидального риска, и карта кризисного состояния подростка, включающая в себя социально­демографические, психологические, анамнестические данные, отвечающие за суицидальный риск. Обновлены и дополнены новыми понятиями основные суицидологические термины.*

*Для психиатров, психотерапевтов, клинических и медицинских пси­хологов, врачей общемедицинской практики, педагогов-психологов, специ­алистов ведомств, участвующих в профилактике суицидального поведения несовершеннолетних.*

ББК 56.14:88.7

**ISBN 978-5-86002-408-3**

© Коллектив авторов, 2024.

© ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2024.

**СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

МКБ-10 - Международная статистическая классификация

|  |  |
| --- | --- |
|  | болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр) |
| МОНСП ОО ПАВПДН ФАП ЦРБ | * медицинская организация
* несуицидальное самоповреждающее поведение
* образовательная организация
* психоактивные вещества
* подразделение по делам несовершеннолетних
* фельдшерско-акушерский пункт
* центральная районная больница
 |

**ВВЕДЕНИЕ**

По данным литературы, распространенность несуицидаль­ного и суицидального самоповреждающего поведения у под­ростков достигает 13—18%, но лишь в 20% случаев приводит к госпитализации. Попытки самоубийства происходят при­мерно в 10—20 раз чаще, чем завершенные суициды. Наличие суицидальных мыслей у подростков в 12 раз повышает риск суицидальной попытки к 30 годам, более трети подростков с суицидальными мыслями совершают суицид в течение 1—2 лет после их возникновения.

Статистические данные о смертности несовершеннолетних от самоубийств за 2019-2023 гг. по Российской Федерации по­казывают относительную устойчивость с ежегодными колебани­ями вокруг средних значений: 2019 г. - 372 (1,23 [[1]](#footnote-1)), 2020 г. - 311 (1,02), 2021 г. - 375 (1,24), 2022 г. - 289 (0,955), 2023 г. - 371 (1,23) при высокой региональной неравномерности.

**ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

Суицидальное поведение складывается из нескольких вза­имосвязанных групп факторов риска: *потенциальных* (долго­срочных, создающих почву), *триггерных* (негативные события) и актуальных (*краткосрочных*, клинико-психологических).

1. **Потенциальные/долгосрочные факторы суицидаль­ного поведения**

*Предыдущие попытки суицида* - один из основных факторов в предсказании новых суицидальных попыток. Наибольший риск повторной попытки приходится на первые 3-6 месяцев; 20% лиц, совершивших суицидальную попытку, делают еще одну попытку в течение первого года, и 5% совершают само­убийство в течение 9 лет.

*Акты самоповреждения, скрываемые, постоянные*. Само- повреждения могут стать предшественниками «истинного» самоубийства.

*Психические расстройства*. Риск самоубийства для паци­ентов с психическими расстройствами в 5—15 раз выше, чем для лиц без таковых.

Самыми распространенными диагнозами являются аффек­тивные расстройства (32—47%). Среди наиболее суицидогенных депрессий в подростковом возрасте выделяют тревожную, бредовую и деперсонализационную депрессию. От 50 до 57% подростков с биполярным расстройством высказывают суици­дальные мысли, а 18% сообщают о суицидальных попытках. Подростки с ПТСР имеют в 15 раз выше суицидальный риск по сравнению с подростками без психических расстройств. По другим данным, риск развития суицидального поведения уве­личивается на 23% у подростков с ПТСР. Около 5% подростков с впервые выявленной шизофренией совершают самоубийства, от 2 до 11% совершают суицидальную попытку в первый год вмешательства. Суицидальные попытки связаны со злоупотре­блением ПАВ, коморбидными психическими расстройствами, в первую очередь расстройствами личности эмоционально-неста­бильного (пограничного) типа. Среди диагнозов, установленных при проведении посмертных КСППЭ несовершеннолетних, совершивших суицид, доминировали более чем в 50% случаев психогенные расстройства, и были аффективные нарушения в виде депрессии разной степени выраженности, что составило 14,55% случаев из всей когорты.

*Семейные факторы:*

1. психические заболевания в семейной истории, история самоубийства или суицидальные попытки в семье;
2. эмоционально-холодный, контролирующий стиль вос­питания, известный как «контроль без привязанности»;
3. низкий социально-экономический статус и образователь­ный уровень, безработица членов семьи;
4. хронические конфликты в семье,
5. алкоголизация, наркомания;
6. проживание (по разным причинам) без родителей.

*Сексуальная ориентация и гендерная идентичность*. Лица нетрадиционной ориентации подвержены большему риску самоубийства, чем их сверстники, за счет депрессивных состоя­ний, переживаний безнадежности, злоупотребления алкоголем и недавней виктимизации.

1. **Стрессовые события (триггеры) суицидального по­ведения**

В 60% случаев родители, у которых подросток совершил самоубийство, сообщали о значимых негативных событиях в предшествующие полгода до смерти:

* *острые конфликты между родителями и детьми* явля­ются наиболее частыми причинами самоубийств у детей;
* *сексуальное, физическое и эмоциональное насилие*. Сексуальное и эмоциональное насилие сильнее влияет на развитие суицидального поведения по сравнению с физическим насилием или пренебрежением в семье. Мальчики, подвергшиеся сексуальному насилию, име­ют более высокий риск совершения самоубийства, чем девочки;
* *крушение близких отношений, разлука или ссора с дру­зьями*. Романтическое расставание в течение последних трех месяцев — одно из наиболее критических событий, приводящее к самоубийству;
* *запугивание, издевательства (буллинг, кибербуллинг) со стороны сверстников*;
* *нежелательная беременность, аборт*, заражение вене­рическими заболеваниями;
* *частые переезды* в раннем детстве в возрасте 11-17 лет, независимо от наличия родительского конфликта, также могут усиливать суицидальный риск;
* *недавно выявленное психическое расстройство*. Риск самоубийства особенно высок в течение первых 90 дней после первоначально поставленного диагноза. Риск само­убийства в течение 3 месяцев после постановки диагноза в 10 раз выше при депрессии и расстройствах, вызванных употреблением ПАВ;
* *распад семьи, развод* или уход одного из родителей из семьи, смерть одного из членов семьи.
1. **Антисуицидальные факторы**
* *Семья:* полная семья, доверительные отношения, под­держка со стороны родных.
* *Личностные особенности:* 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, высокие личные стандарты (Я-ориентированный перфекционизм), наличие религиозно-философских убеждений, осуждающих суицид.
* *Социально-психологические факторы:* социальная инте­грация (включенность в общественную жизнь), хорошие отношения в школе с учителями и одноклассниками.
1. **Клинико-психологические предикторы суицидаль­ного кризисного состояния, определяющие кратко­срочный суицидальный риск**

*Суицидальное кризисное состояние -* острое или хроничес­кое болезненное психическое состояние, характеризующееся выраженными нарушениями в аффективной, когнитивной и поведенческой сферах с переживаниями безысходности, без­выходности, нахождение в котором может приводить к само­убийству. Внешним выражением суицидального кризиса могут быть различные формы несуицидального и суицидального самоповреждающего поведения (синоним «суицидальные по­пытки») (Приложение 2).

* 1. ***Суицидальный риск определяется как*** вероятность совершения суицидальных действий, которую прогнозируют на основе совокупности объективных и субъективных данных о подростке (Приложение 2).

*В зависимости от выраженности клинико-психологической составляющей кризисного состояния, суицидальных мыслей, суицидальных попыток в анамнезе и других данных анамнеза выделяются три группы риска.*

1. *Незначительный/пограничный*. Суицидальные идеи ограничены, нет твердых планов или подготовки к нанесению себе вреда, известно всего лишь несколько факторов риска. Единичные случаи несуицидального самоповреждающего поведения.
2. *Умеренный/долгосрочный*. Присутствуют суицидальные мысли, но отрицается наличие четкого плана, возможно наличие попыток суицида в прошлом. Присутствует мо­тивация к терапии.
3. *Высокий/краткосрочный*. Четкие и твердые планы и подготовка к тому, чтобы причинить себе вред. Известно, что у индивидуума были многочисленные попытки са­моубийства в прошлом. Когнитивная ригидность и от­сутствие надежд на будущее. Отвергает предлагаемую помощь, признаки острого суицидального кризисного состояния.

*Высокий краткосрочный суицидальный риск* представляют подростки и молодые люди, высказывающие суицидальные на- мерения/планы и имеющие в анамнезе суицидальные попыт­ки. У подростков и молодых людей с высоким суицидальным риском чаще диагностируются расстройства аффективного спектра при легкой и средней выраженности депрессивного состояния. Длительность депрессивного состояния от полугода и более двух лет. Наблюдается тенденция к позднему обра­щению за помощью. На втором месте по встречаемости стоят расстройства, развивающиеся на фоне негативных событий. Третье место делят расстройства шизофренического спектра: преимущественно шизоаффективное и шизотипическое рас­стройство, а также эмоционально-неустойчивое расстройство личности.

* 1. ***Клинико-психопатологический «портрет» под­ростка с активными суицидальными интенциями и суицидальными действиями (симптомы, связанные с высоким краткосрочным суицидальным риском)***

*В эмоциональной сфере*: пониженное настроение, подавлен­ность с витализацией аффекта (душевная боль), деперсонали­зация-дереализация, болезненная психическая анестезия.

*В соматической сфере*: соматические симптомы, болезнен­ные телесные сенсации, снижение аппетита, нарушения любых фаз сна.

*В когнитивной сфере*: снижение когнитивного контроля, невозможность переключиться с негативных на позитивные переживания.

*В переживаниях*: переживание западни (безысходности, безвыходности), обременительности, вины перед ближними.

*Суицидальный нарратив* и нарушенная социальная при­надлежность (кто я теперь?), личное или социальное унижение.

* 1. ***Механизмы развития суицидального поведения в зависимости от ведущего аффекта в структуре кризис­ного состояния***

В зависимости от преобладания в структуре кризисного су­ицидального преобладающего аффекта тревоги, тоски и дисфо­рии наблюдаются разные структурно-динамические изменения (механизмы), приводящие к суицидальным действиям.

* При доминирующем *тревожном* аффекте суицидальное поведение развивается через постепенное соматическое истощение, астенизацию, снижение когнитивно-мнести- ческих функций, нарастающую растерянность, бессилие. Суицидальный мотив — избегание наказания (бегство). Антисуицидальным фактором служит страх перед болью, неизвестностью.
* При ведущем *тоскливом* аффекте суицидальное поведе­ние развивается на фоне значимых психотравмирующих ситуаций (чаще несправедливости с невозможностью что-либо изменить), присутствует психическое истощение и нарастающие депрессивные/меланхолические про­явления с переживанием безысходности, восприятием себя как бремени для окружающих. Суицидальный мотив для подростка - доказать себе или окружающим, что «он еще что-то может», или же самонаказание. Антисуицидальным фактором является страх нанести вред значимому близкому человеку.

При доминирующем в структуре кризисного состояния *дисфорическом* аффекте негативное событие часто воспринимается как фрустрация своих желаний, пере­живаемых как личное или социальное унижение, в ре­зультате возникает обвинение окружающих с быстро нарастающими обидой, гневом. Суицидальный мотив - разрешение конфликта, суицидальный поступок носит характер коммуникации в диадических отношениях. Антисуицидальным фактором являлся страх смерти, несуществования.

***Пресуицидальный период***

Для оценки краткосрочного риска развития суицидального поведения, кроме выделения симптомов, *связанных с высоким суицидальным риском*, необходимо учитывать структурно-ди­намические характеристики пресуицидального периода.

*Аффективно-импульсивный (острый - до суток) период характеризуется* преобладанием в структуре кризисного состояния различных форм проявления тревоги: ажитиро - ванностью, ситуационной тревожностью с экстрапунитивной эмоциональной неустойчивостью, простыми фобиями, про­явлениями деперсонализации-дереализации, болезненными телесными сенсациями преимущественно алгического харак­тера, снижением когнитивного контроля (суженное сознание). Механизм развития суицидального поведения в аффективно­импульсивном пресуицидальном периоде можно представить в виде последовательной цепочки: конституционально-характе­рологический фон в виде повышенной нервной возбудимости, постоянной «свободноплавающей» тревоги, эмоциональной нестабильности актуализируется под влиянием негативных со­бытий. Усиливаются тревожные проявления, в конечном итоге приводя к суженному сознанию с элементами деперсонализа­ции-дереализации с необходимостью разрядки, суицидальные действия можно рассматривать как «бегство» из субъективно непереносимой ситуации. Особенно опасны аффективно-им­пульсивные суицидальные действия, если они носят парадок­сальный, психологически непонятный характер — например, на фоне улучшения настроения, когда сам подростков не может понять и объяснить свои суицидальные действия.

*Гипотимный (хронический - свыше суток) период*, со­провождается симптомами, в большей своей части харак­терными для меланхолических депрессивных состояний. В эмоциональной сфере - беспредметной тоской в сочетании с тревогой, не связанной с ситуацией, «свободноплавающей», чувством вины, проявлениями болезненной психической ане­стезии, переживанием себя как бремени. В когнитивной сфере - фиксацией на событиях, приведших к кризисному состоянию, когнитивной ригидностью, в поведенческой сфере - снижением работоспособности. Механизм, приводящий к суицидальным действиям, можно представить следующим образом: длительное нахождение в депрессивном состоянии с крайне мучительными симптомами болезненной психической анестезии с чувством вины, самоуничижения, своей ущербности, бессилия перед тем, что подросток ничего не может изменить, когнитивная ригид­ность с фиксацией на своем состоянии, постепенное снижение работоспособности приводят к усугублению безысходности, от­чаянию. Дополнительным отягощающим кризисное состояние фактором может послужить длительность и неэффективность терапии, «потраченное время», «деньги родителей», усиливаю­щее переживание себя как бремени, а мотивом суицидального акта служит самонаказание или отказ от жизни, также актуа­лен мотив «доказать», что подросток еще что-то может.

**ДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

Выявление суицидального риска - сложная задача, стоящая перед психиатрами в условиях стационарной и амбулаторной помощи. Проблема заключается как в ложноположительных, так и в ложноотрицательных ответах: само по себе наличие суицидальной идеации еще не означает суицидальной готов­ности, однако отсутствие или, тем более, намеренное отрицание суицидальных мыслей и попыток (диссимуляция, сокрытие) тоже не служит знаком того, что человек находится вне суици­дального риска. Особенности некоторых суицидальных состо­яний заключаются в том, что человек может совершить суицид или суицидальную попытку неожиданно для окружающих или самого себя.

Мировая практика показала, что обычные скрининговые опросники, задающие прямые вопросы о суицидальных мыслях и попытках, недостаточны для подтверждения или опровер­жения опасений врача насчет своего пациента. Требуется до­полнительная информация о так называемом «суицидальном нарративе» - концептуализации пациентом своего жизненного положения как безвыходного, безнадежного, часто сопровожда­ющегося острым переживанием стыда вследствие социального поражения или унижения, ощущением себя обузой для родных и близких, размыканием или отсутствием близких дружеских связей, наличия едкой самокритики. Такое состояние требует психотерапевтического и психокоррекционного вмешательства.

Помимо этого, врачу важно обращать внимание на остроту психоэмоционального состояния пациента. На этапе острого пресуицида, как правило, наблюдается не только усиление субъективно переживаемого чувства западни («отчаянной безнадежности»), но и аффективные нарушения (психалгия, резкие всплески негативных эмоций, сильная тревога, доходя­щая вплоть до диссоциативных симптомов, острая ангедония), потеря когнитивного контроля (неотвязные мысли непри­ятного содержания - о собственной смерти или собственной никчемности), когнитивная р игидность, неспособность вы­теснения неприятных мыслей), перевозбуждение (ажитация, раздражительность, нарушения сна), социальное отчуждение (сокращение или прекращение социальной активности, уклон­чивое общение с близкими). Такие симптомы синдрома суи­цидального кризиса указывают на необходимость экстренной госпитализации.

Для диагностики подострого состояния (суицидального нар­ратива) у детей и подростков можно воспользоваться опроснико- выми методами («Шкала душевной боли» Р. Холдена, «Шкала безнадежности» А. Бека, «Шкала сочувствия к себе» К. Нефф) [[2]](#footnote-2), показавшими свою пригодность в исследованиях молодежи. Поскольку нормы были выделены на студенческой выборке, следует внимательно относиться к пограничным значениям у детей и подростков и дополнительно обсуждать с пациентами их состояние, чтобы учесть их тенденции и склонности, стратегии совладания с трудными переживаниями. Опрос, уточняющую беседу и интерпретацию может проводить как врач, так и кли­нический психолог отделения.

Для диагностики острого состояния (синдрома суицидально­го кризиса) врачу-психиатру следует пользоваться чек-листом и выявлять симптомы в беседе и наблюдении за поведением пациента.

**Алгоритм маршрутизации для оказания медико­психологической помощи лицам с суицидальными тенденциями**

Центральным звеном оказания медико-психологической помощи лицам с суицидальным поведением должен стать кабинет, оказывающий помощь в амбулаторных условиях, организуемый в соответствии с порядком организации *ка­бинета (отделения) медико-психологической помощи, или психотерапевтического кабинета, или кабинета медико-пси­хологического консультирования* (приказ Минздрава России от 14.10.2022 г. № 668н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и рас­стройствах поведения») в поликлинике или поликлиническом отделении многопрофильного стационара (далее - Кабинет).

Кабинет медико-психологического консультирования яв­ляется новым структурным подразделением медицинской организации. Его особенностью является наличие в структуре данного подразделения только медицинского психолога, одна должность которого устанавливается на 25 тысяч населения.

Обращение граждан в Кабинет осуществляется по записи напрямую либо через телефон «горячей линии», либо по на­правлению из ФАП, амбулатории и других МО.

В случае выявления у обратившихся в кабинет суицидо­опасных и кризисных состояний, требующих госпитализации в психиатрический стационар или диспансерного наблюдения, предпринимаются соответствующие меры.

*Первичный скрининг*, направленный на выявление суици­дальных тенденций и кризисного состояния:

* Первичный скрининг осуществляется в учреждениях, оказывающих первичную доврачебную и врачебную, медико-санитарную помощь - в ФАП, поликлиниках, поликлинических отделениях ЦРБ - в ходе обращения граждан данной категории за медицинской помощью или прохождения ими профилактических медицинских осмотров либо диспансеризации.
* Первичный скрининг могут осуществлять специалисты, включая фельдшеров, врачей-терапевтов, врачей-тера­певтов участковых, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых и врачей общей практики, имеющих только базовую подготовку по диагностике психических рас­стройств и расстройств поведения.
* При первичном скрининге суицидальный риск оцени­вается путем опроса об имевших место суицидальных попытках или самоповреждающем поведении (самопоре- зы, ожоги, самоотравления и др.) в последние 6 месяцев. При положительном ответе на любой из двух вопросов рекомендуется консультация врача-психиатра или врача-психотерапевта. Первичный скрининг наличия суицидальных тенденций осуществляется с помощью опросника кризисного состояния несовершеннолетнего (ОКС-7) (Приложение 3).
* Первичный скрининг могут осуществлять также специ­алисты по социальной работе, социальные работники, педагоги и другие специалисты немедицинских специ­альностей.
* В случае высокого риска психического расстройства или расстройства поведения подростки направляются на консультацию к специалистам, оказывающим специ­ализированную помощь по профилю «психиатрия» или «психиатрия-наркология» в кабинете/отделении (психо­терапевтические, медико-психологической помощи, ме­дико-психологического консультирования) поликлини- ки/ЦРБ (при их наличии), либо в психоневрологическом/ наркологическом диспансере.

**Оценка суицидального риска**

Одним из основных фактором суицидального риска в крат­косрочной перспективе является наличие в последние недели/ месяцы:

* неоднократных брутально окрашенных суицидальных попыток;
* сохраняющееся желание умереть после последней суи­цидной попытки;
* выраженность симптомов, характерных для суицидаль­ного кризисного состояния;
* нарастающая социальная изоляция;
* злоупотребление ПАВ.

**Показания для экстренной госпитализации в МО, ока­зывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях[[3]](#footnote-3)**:

* наличие психического расстройства, психотической сим­птоматики, ажитации;
* активные мысли о суициде, высокий суицидальный риск (больше 10 баллов по чек-листу оценки суицидального кризиса, Приложение 4);
* высокий риск летальности суицидальных действий;
* сохраняющиеся/усиливающиеся внешние и внутренние факторы, явившиеся причиной суицида.

Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в МО, оказывающую психиатрическую по­мощь в стационарных условиях, без его согласия либо без согла­сия одного из родителей или иного законного представителя до постановления судьи, если его психиатрическое обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обусловливает:

1. его непосредственную опасность для себя или окружаю­щих;
2. его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;
3. угроза существенного вреда его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи [[4]](#footnote-4).

**Показания для плановой госпитализации в МО, ока­зывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях:**

* наличие психического расстройства;
* умеренный суицидальный риск — от 5 до 10 баллов по чек-листу оценки суицидального кризиса (Приложение 4);
* наличие суицидальных попыток за последние полгода при критичном или амбивалентном отношении к ним;
* неэффективность предыдущего лечения;
* отсутствие/недостаточность семейной или социальной поддержки;
* согласие пациента на лечение в стационарных условиях.

**Параметры оценки суицидального риска при проведении психофармакотерапии**

При проведении психофармакотерапии необходимо оце­нивать изменение состояния пациента с учетом следующих клинических характеристик:

* появление мыслей о смерти;
* появление мыслей о причинении себе вреда;
* появление мыслей о самоубийстве;
* ухудшение способности контролировать мысли о само­убийстве;
* появление планов, как совершить самоубийство.

Дополнительными симптомами, способными провоциро­вать / усиливать суицидальные мысли при проведении психо­фармакотерапии, являются:

* психотические симптомы;
* маниакальные и гипоманиакальные симптомы;
* самоповреждения;
* ночные кошмары;
* соматические симптомы (боли);
* снижение когнитивного контроля;
* гнев / вспыльчивость;
* побочные эффекты лекарственных средств.

**ПРИЛОЖЕНИЕ 1**

**КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ МЕТОДИЧЕСКИХ
РЕКОМЕНДАЦИЙ[[5]](#footnote-5)**

1. Межведомственное взаимодействие (ведомства, внедрившие методические рекомендации в практическую деятельность).
	1. Повышение уровня информированности, знаний целе­вой аудитории в части, касающейся превенции суицидов среди несовершеннолетних.
	2. Достижение дестигматизирующего эффекта (повышение уровня доверия перед обращением в медицинские учреж­дения или в другие учреждения).
2. Количество специалистов, медицинских учреждений, ис­пользующих методические рекомендации.
3. Число подростков из группы риска, которым была оказана медико-психологическая помощь (выявленных с помощью представленных в методических рекомендациях опросников и шкал).

**ПРИЛОЖЕНИЕ 2**

**ОСНОВНЫЕ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕРМИНЫ,
ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
СПЕЦИАЛИСТОВ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ ВЕДОМСТВ
(ГЛОССАРИЙ) [[6]](#footnote-6)**

**Антисуицидальный барьер (защитные факторы)** — ком­плекс социально-психологических факторов личности, препятству­ющий формированию суицидальной активности или обесцениваю­щий ее значимость как способа разрешения психотравмирующей ситуации. К ним относятся: эмоциональная привязанность к значимым близким, гиперответственность, наличие творческих планов, боязнь физического страдания, открытость для помощи, доступность неформальной и формальной поддержки.

**Групповой суицид** — одновременное осуществление суици­дальных действий группой лиц под воздействием каких-либо иде­ологических представлений, социальных стереотипов, навязанных извне установок (религиозные верования, влияние деструктивных групп, романтизация смерти и т.д.). Часто является следствием реакции группирования, характерной для подросткового возраста.

**Диагностика суицидального поведения** — ряд психодиагно­стических мероприятий, направленных на выявление суицидаль­ного риска и определение медико-психологических, психолого­педагогических мер, необходимых конкретному индивиду. Может включать психолого-педагогическое наблюдение, клиническую беседу, экспериментальное патопсихологическое исследование, психологическое тестирование, клиническую психиатрическую оценку.

**Диссимуляция суицидального поведения** — поведение су- ицидента, направленное на сокрытие проявлений суицидальной активности.

**Доведение до самоубийства** - угрозы, жестокое обращение или систематическое унижение человеческого достоинства, в ре­зультате которых человек совершает самоубийство или покушение на самоубийство. Является преступлением в соответствии со ст.110 Уголовного кодекса РФ.

**Импульсивное суицидальное поведение** - неожиданное для окружающих «внезапное» осуществление суицидальных дей­ствий, когда пресуицидальный период носит острейший («мгно­венный») характер.

**Индуцированный суицид** - суицидальные действия, совер­шенные вследствие психологического воздействия суицидальных действий, осуществленных значимым для суицидента лицом, или распространенных социальных стереотипов (национальные особенности, религиозные представления).

**Киберсуицид** - формирование и/или реализация суицидаль­ных мыслей посредством разнообразных форм участия в интернет- коммуникации.

**Кластерные самоубийства** - резкое учащение случаев осу­ществления суицидальных действий (самоубийства, суицидальные попытки), объединенных временем и местом (одна школа или район), часто обусловленных сообщениями в средствах массовой информации, социальных сетях, мессенджерах о самоубийствах и других формах суицидального поведения (наиболее характерно для сюжетов в кинофильмах, телепередачах).

**Кризисная психологическая, психотерапевтическая по­мощь** - экстренная психологическая, ургентная психотерапевти­ческая помощь подросткам, находящимся в кризисном состоянии и нуждающимся в коррекции суицидальных проявлений. Нацелена на выявление и коррекцию неадаптивных установок, приведших к развитию суицидального поведения, а также на поиск ресурсов и способов разрешения суицидогенного конфликта. Осуществляется в индивидуальной, семейной, групповой формах.

**Мотивы суицидального поведения** - личностные побуж­дения, вызывающие желание ухода из жизни и определяющие суицидальную направленность поведения человека. Выделяют пять основных групп мотивов, ведущих к формированию суици­дального поведения:

* *протест*: реакция отрицательного воздействия на объек­ты, вызвавшие психотравмирующую ситуацию (например, месть);
* *призыв*: активация помощи извне с целью привлечь вни­мание, вызвать сострадание и таким образом изменить психотравмирующую ситуацию;
* *избежание*: уход от наказания или страдания;
* *самонаказание*: искупление «собственной вины» путем со­вершения суицидальных действий;
* *отказ от жизни*: цель и мотив суицидального поведения совпадают (цель — самоубийство, мотив — отказ от существо­вания).

**Несуицидальное самоповреждающее поведение** - потен­циально нелетальный намеренный акт аутоагрессивного поведе­ния человека, связанный с физическим повреждением собствен­ного тела и не имеющий в своей основе цели собственной смерти.

**Постсуицидальный период** - временной промежуток после совершения суицидальной попытки. Выделяют следующие типы постсуицидального периода:

* *суицидально-фиксированный*: суицидогенный конфликт актуален или диссимулируется; суицидальные проявления сохраняются; положительная трактовка, оценка совершен­ной суицидальной попытки; вероятность рецидивирования суицидальных действий очень высока;
* *аналитический*: суицидогенный конфликт актуален, одна­ко суицидальные проявления не сохраняются, критическое отношение к суицидальной попытке; рецидивирование суицидальных действий возможно;
* *манипулятивный*: суицидогенный конфликт снижается - при благоприятном для суицидента изменении ситуации, либо сохраняется - при нереализации рентных установок (ожидание материальной или моральной выгоды от своего неблагополучного положения);
* *критический*: суицидогенный конфликт утратил актуаль­ность («обрывающий» эффект суицидальной попытки), суицидальные проявления отсутствуют.

**Пресуицидальный период** - период формирования суици­дальной активности, границами которого являются момент воз­никновения суицидальных побуждений и момент осуществления суицидальных действий. Прогностически целесообразно выделе­ние двух типов пресуицидальных периодов:

* *аффективно-импульсивный (острый) тип (до суток);*
* *гипотимный (хронический) тип (свыше суток)*.

**Профилактика суицидального поведения** - различные мероприятия, направленные на снижение уровня суицидальной активности, предотвращение осуществления суицидальных дей­ствий и рецидивирования суицидального поведения, а также на превенцию формирования суицидальных побуждений в рамках психолого-педагогической профилактики. Различают следующие виды профилактики суицидального поведения:

* *первичная*: содержит информационно-обучающие меропри­ятия по вопросам психического здоровья, суицидологии, проводимые для любых категорий населения;
* *вторичная*, включает в себя следующие стратегии: ***селек­тивные*** *(избирательные)*, противодействующие факторам риска в особой группе подростков, на текущий момент не проявляющих суицидальных наклонностей, но которые могут быть подвержены повышенному риску в биологи­ческом, психологическом или социально-экономическом отношении, ***антикризисные*** - осуществляются в пресу- ицидальном и ближайшем постсуицидальном периодах и направлены на предупреждение реализации суицидальных намерений и планов, а также на купирование суицидаль­ных замыслов и намерений;
* *третичная*: мероприятия, проводимые с близким окру­жением (родственники, друзья и т.д.) суицидентов, членов учебно-профессионального сообщества.

**Самоповреждающее поведение** - комплекс действий ауто­агрессивного характера, нацеленных на причинение физического вреда собственному телу (может включать как несуицидальное самоповреждающее поведение, так и суицидальные попытки). В МКБ-10 - рубрика «Преднамеренное самоповреждение (X60-X84)».

**Самоубийство (суицид)** - действия, направленные на лише­ние себя жизни и завершившиеся летальным исходом.

**Склонение к совершению самоубийства** — целенаправлен­ные действия, включая уговоры, предложения, подкуп, обман или иной способ побуждения человека к совершению самоубийства при отсутствии признаков доведения до самоубийства путем угроз, же­стокого обращения или систематического унижения человеческого достоинства. Является преступлением в соответствии со ст.110.1 Уголовного кодекса РФ.

**Содействие совершению самоубийства** — целенаправ­ленные действия, включая советы, указания по совершению самоубийства, предоставление информации, средств или орудий совершения самоубийства, устранение препятствий к его со­вершению, обещание скрыть средства или орудия совершения самоубийства и иные. Является преступлением в соответствии со ст.110.1 Уголовного кодекса РФ.

**Суицидальные действия** — действия, направленные на ли­шение себя жизни.

**Суицидальное кризисное состояние** — острое или хрони­ческое болезненное психическое состояние, характеризующееся выраженными нарушениями в аффективной, когнитивной и по­веденческой сферах с переживаниями безысходности, безвыход­ности, нахождение в котором может приводить к самоубийству. Внешним выражением суицидального кризиса могут быть раз­личные формы самоповреждающего поведения.

**Суицидальные мысли (суицидальная идеация)** — мысли о собственной смерти, рассмотрение аргументов отказа от жизни путем самоубийства с последующим размышлением над способом совершения самоубийства.

Различают:

* *пассивные суицидальные мысли* характеризуются представ­лением своей смерти без желания лишения себя жизни;
* *навязчивые суицидальные мысли* (суицидальные румина- ции) характеризуются постоянным возвращением к травми­рующим событиям с невозможностью остановить поток не­гативных мыслей, формирующих суицидальное поведение;
* *активные суицидальные мысли* характеризуются желанием покончить с собой, разработкой плана реализации суици­дальных действий (суицидальные намерения, замыслы, планы);
* *суицидальный императив —* «внутренний» приказ о не­медленном осуществлении суицидальных действий (часто подсказывается способ их совершения); подразумевает бес­прекословное подчинение.

**Суицидальное поведение** - диапазон различных вариантов сочетания суицидальных мыслей и суицидальных действий.

**Суицидальный риск** - вероятность совершения суицидаль­ных действий, которую прогнозируют на основе клинической оценки, экспериментально-психологического исследования, вклю­чающего в себя психодиагностику с помощью тестовых и опросных методов и психолого-педагогического наблюдения. Условно можно выделить три группы риска:

*Незначительный (пограничный).* Суицидальные идеи единич­ны, нестойки, нет суицидальных намерений, твердых планов или подготовки к нанесению себе вреда. Выявляются лишь несколько факторов риска. Имеются единичные случаи не­суицидальных самоповреждений.

*Умеренный (долгосрочный).* Присутствуют суицидальные мыс­ли и намерения, но отрицается наличие четкого плана, воз­можно наличие попыток суицида в прошлом. Не выявляется признаков суицидального кризисного состояния, тяжелого психического расстройства. Присутствует мотивация к терапии. *Высокий/краткосрочный.* Четкие и твердые планы, подготовка к тому, чтобы причинить себе вред; известно, что у индивиду­ума были многочисленные попытки самоубийства в прошлом. Потеря когнитивного контроля (тоннельное восприятие) и от­сутствие надежд на будущее, признаки острого суицидального кризисного состояния, предлагаемая помощь отвергается.

**Суицидент** - человек, обнаруживающий любые формы суи­цидального поведения.

**Суицидогенез** - процесс формирования суицидального по­ведения от момента возникновения антивитальных переживаний вплоть до момента осознания и четкой формулировки суицидаль­ных намерений или реализации суицидальных действий.

**Суицидогенный конфликт** - наличие двух или нескольких разнонаправленных (с различной мотивацией) тенденций, одна из которых является в данный момент и в данной ситуации актуаль­ной потребностью человека, а другая (или другие) — препятствует удовлетворению этой потребности. Суицидогенный конфликт мо­жет быть внутриличностный или межличностный. Данное состо­яние (вследствие его неразрешимости) может являться причиной формирования суицидального поведения.

**Телефонная психологическая, психотерапевтическая помощь** — анонимная психологическая, психотерапевтическая помощь, оказываемая по телефону. Направлена на круглосуточное купирование различных кризисных состояний (в том числе суи­цидоопасных), разрешение межличностных и микросоциальных конфликтов. Осуществляется службой телефона доверия.

**Факторы суицидального риска** — внешние или внутренние стимулы (условия, обстоятельства), способствующие или непосред­ственно вызывающие формирование суицидального поведения. Различают социально-экономические (уровень жизни, наличие работы, профессии, семьи), социально-демографические (пол, возраст, социальное положение), биологические (генетические), индивидуально-психологические (тревожность, агрессивность, безнадежность, одиночество и др.), этнокультуральные (наличие в традициях определенных народностей суицидального поведения как социально приемлемой нормы), клинические (предшествую­щая суицидальная попытка, наличие психического или тяжелого соматического заболевания) и другие факторы суицидального риска.

**ОПРОСНИК КРИЗИСНОГО СОСТОЯНИЯ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО (ОКС-7)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Вопросы | Совершенно не согласен(1) | Частично не согласен(2) | Не определился(3) | Частично согласен(4) | Полностью согласен(5) |
| 1. | Я нахожусь в затрудни­тельном положении, из которого нет выхода |  |  |  |  |  |
| 2. | Мне пора сдаться, т.к. я ничего не могу изменить к лучшему |  |  |  |  |  |
| 3. | Бывало, что я наносил себе физический вред или пытался убить себя |  |  |  |  |  |
| 4. | Я могу думать только о плохом, что происходит в моей жизни |  |  |  |  |  |
| 5. | Вы часто чувствуете себя одиноким? |  |  |  |  |  |
| 6. | Иногда я не могу сдер­жать желание ударить другого человека |  |  |  |  |  |
| 7. | Всем будет легче если меня не станет |  |  |  |  |  |

**Интерпретация** - подросток может находиться в кризисном состоянии если отвечает на 4 или 5 баллов по любому из представленных вопросов (для верификации результатов необходима индивидуальная консультация):

1. Попадания в сложную жизненную ситуацию (вопрос 1).
2. Безнадежность (вопрос 2).
3. Самоповреждающее поведение (вопрос 3).
4. Депрессивные руминации (вопрос 4).
5. Одиночество (вопрос 5).
6. Агрессия (вопрос 6).
7. Обременительность (вопрос 7).

**риска (ЧОСР)
(при проведении полуструктурированного интервью)
у несовершеннолетнего**

**1. Степень выраженности суицидальных тенденций**

|  |  |
| --- | --- |
| *Пассивные суицидальные мысли*: характеризуются представле­ниями (мыслями) на тему своей смерти, но не оформляются в осознанное желание лишения себя жизни как варианта само­произвольной активности | Нет/да |
| *Навязчивые мысли о смерти*: периодически возникающие, реже постоянные, мысли о смерти, самоубийстве. Человек восприни­мает их, как чуждое для себя переживание и пытается с ними справиться | Нет/да |
| *Мысли о смерти сверхценного уровня*: мысли о смерти и само­убийстве носят постоянный характер, человек погружен в них, не борется с ними, есть разработка плана самоубийства, тяжело поддается переубеждению, этому часто сопутствует «тоннельное» восприятие мира (**положительный ответ - высокий риск**) | Нет/да |
| ***Наличие суицидальных попыток в предыдущие полгода*** | Нет/да |

**2. Клинико-психопатологические проявления**

(Представлены симптомы, характерные для суицидального кризисного состояния даже ***вне высказываний суицидальных намерений***)

|  |  |
| --- | --- |
| ***Попадание в тяжелое положение (безысходность/ безвыходность)***Пациент описывает свою проблему (внешнюю, внутреннюю) как невыносимую, неразрешимую | Нет/да |

***Эмоциональная сфера*** *(два положительных ответа - высокий риск)*

|  |  |
| --- | --- |
| Витальные проявления кризисного состояния (психалгия, «ду­шевная боль») | Нет/да |
| Резкие всплески негативных эмоций, острая ангедония | Нет/да |
| Выраженная безотчетная тревога | Нет/да |
| Деперсонализация — дереализация | Нет/да |
| Болезненная психическая анестезия | Нет/да |

***Когнитивная сфера*** *(два положительных ответа - высокий риск)*

|  |  |
| --- | --- |
| Чрезмерные или постоянные руминации о своих переживаниях и событиях в жизни, которые привели к душевному смятению | Нет/да |
| Неспособность отклониться от повторяющегося негативного ша­блона мыслей (когнитивная ригидность) | Нет/да |

|  |  |
| --- | --- |
| Опыт переживания глубокого погружения в негативные эмоции, ухудшение способности перерабатывать информацию или при­нимать решения (руминативное затопление) | Нет/да |
| Повторяющиеся безуспешные попытки вытеснить, подавить не­гативные или тревожные мысли | Нет/да |

***Соматическая сфера*** *(два положительных ответа - высокий риск)*

|  |  |
| --- | --- |
| Болезненные телесные сенсации, включая любые алгии, сене- стоалгии | Нет/да |
| Нарушение любых фаз сна (засыпание, ночные, ранние про­буждения | Нет/да |
| Отсутствие аппетита/потеря веса | Нет/да |

***Поведенческая сфера*** *(два положительных ответа - высокий риск)*

|  |  |
| --- | --- |
| Отчуждение или значительное снижение социальной активности | Нет/да |
| Уклончивое общение с близкими | Нет/да |

**3. Суицидальные переживания** *(положительный ответ повышает суицидальный риск)*

|  |  |
| --- | --- |
| *Социальное поражение:* характеризуется высказываниями под­ростков, что они потеряли свою уверенность, оказались «выби­тыми из привычной колеи», сдались и не могут больше бороться, ощущают себя в безнадежном положении. | Нет/да |
| *Воспринимаемая обременительность:* восприятие себя как бре­мени для других. Примеры высказываний: «Если я умру, то моя смерть станет облегчением для окружающих». | Нет/да |
| *Переживание западни:* безвыходность, безысходность. Примеры высказываний: «У меня сейчас такое чувство, что хочется просто исчезнуть». «Я не вижу выхода, разрешения моей ситуации/со- стояния». «Я сдаюсь и не хочу бороться». | Нет/да |

**Интерпретация:** Умеренный риск — больше 6 положительных ответов. Высокий суицидальный риск — больше 10 положительных ответов (считается по клинико-психопатологическим проявлениям и суицидальному нарративу). При наличии трех положительных ответов по суицидальным переживаниям пациент определяется как высокий риск, даже при отсутствии положительных ответов по клиническим проявлениям.

**Карта суицидального кризисного состояния несовершеннолетнего,
совершившего суицид или суицидальную попытку [[7]](#footnote-7)**

**Необходимо вносить информацию, только подтвержденную**

**документально**

**СОЦИО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Имя (ФИО)** |  |
| **Возраст (число полных лет)** |  |
| **Пол** | 1 - мужской2 - женский |
| **Место жительства** | 1. - город
2. - сельская местность
 |
| **Место обучения** | 1. - общеобразовательная организация
2. - профессиональная образовательная организация
3. - профессиональная образовательная организация высшего образования
4. - не обучается
 |

**ОТЯГОЩЕННАЯ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ**

**Психопатологическая отягощенность со стороны матери/отца**

|  |  |
| --- | --- |
| Наличие | 0 - нет1 - да |
| Если ответ «да», то уточните | 1. - аффективные расстройства
2. - невротические расстройства
3. - расстройства шизофренического спектра
4. - расстройство личности
5. - органические расстройства
6. - зависимость от алкоголя и других ПАВ
7. - другое (указать)
 |

**Законченный суицид в ближайшем окружении**

|  |  |
| --- | --- |
| Наличие | 0 - нет1 - да |
| Если ответ «да», то уточните | 1 - мать/отец |
| 2 - сестры/братья |
| 3 - дедушки/бабушки |
| 4 - близкие друзья |

**Суицидальные попытки в ближайшем окружении**

|  |  |
| --- | --- |
| Наличие | 0 - нет1 - да |
| Если ответ «да», то уточните | 1 - мать/отец |
| 2 - сестры/братья |
| 3 - дедушки/бабушки |
| 4 - близкие друзья |

**Детские психологические травмы (до 12 лет)**

|  |  |
| --- | --- |
| Наличие | 0 - нет1 - да |
| Если ответ «да», то уточните | 1 - психологические формы насилия |
| 2 - физические формы насилия, вклю­чая постоянные угрозы |
| 3 - сексуальное насилие |
| 4 - развод родителей в раннем возрасте |

**Установленные заболевания (в настоящее время)**

|  |  |
| --- | --- |
| Наличие | 0 — нет1 - да |
| Если ответ «да», то уточните | 1 - соматических |
| 2 - неврологических |
| 3 - психических |
| 4 - инвалидность |

**Попытки самоубийства в анамнезе**

|  |  |
| --- | --- |
| Наличие | 0 — нет1 - да |
| Количество попыток (указать число) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Сколько времени назад была последняя попытка | 1 - меньше недели |
| 2 - меньше месяца |
| 3 - в последние полгода |
| 4 - в последний год |
| 5 - больше года назад |
| Сколько было госпитализаций, связанных с суицидальными попытками (указать число) |  |
| Состоял ли подросток на учете в комиссии по делам несовер­шеннолетних и защите их прав (ПДН) | 0 - нет1 - да |
| Состоял ли несовершеннолет­ний на диспансерном учете у психиатра, нарколога | 0 — нет1 - да |
| Вероисповедание несовершен­нолетнего, членов его семьи (указать) |  |
| **Семья** |
| Состав семьи | 1 - полная |
| 2 - неполная |

**Совместно проживающие родственники**

|  |  |
| --- | --- |
| Наличие | 0 - нет 1 - да |
| Если ответ «да», то уточните | 1 - сирота или ребенок, оставшийся без попечения родителей |
| 2 - отец (или отчим) |
| 3 - мать (или мачеха) |
| 4 - бабушки/дедушки |
| 5 - братья и/или сестры |
| Сколько братьев и сестер (указать число) |  |
| Среди своих братьев и сестер пациент | 1 - старший |
| 2 - средний |
| 3 - младший |
| 4 - близнецы |

**Конфликты в семье**

|  |  |
| --- | --- |
| Наличие | 0 - нет1 - да |
| Если ответ «да», то уточните | 1 - острый2 - хронический3 - периодический |

**Негативные события за последние полгода, предшествовавшие обращению к специалисту**

|  |  |
| --- | --- |
| Наличие | 0 - нет1 - да |
| Если ответ «да», то уточните | 1. - потеря значимого взрослого
2. - смерть друга
3. - развод родителей
4. - сексуальное насилие со стороны ро­дителей (или лиц, их заменяющих)
5. - сексуальное насилие со стороны сверстников
6. - буллинг
7. - разрыв романтических отношений
8. - острые конфликты с родителями
9. - острые конфликты со сверстниками
10. - соматическое неблагополучие
11. - кибербуллинг
12. - другое (указать)
 |

**Соматическое неблагополучие (актуальное)**

|  |  |
| --- | --- |
| Наличие | 0 - нет 1 - да |
| Если ответ «да», то уточните | 1. - головные боли, головокружения (не­врология)
2. - вегетативные кризы
3. - проблемы с сердечно-сосудистой системой
4. - проблемы с желудочно-кишечным трактом
5. - проблемы с мочеполовой системой
 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 6 - проблемы со стороны дыхательной системы |
| 7 - аллергии |
| 8 - дерматология |
| 9 - проблемы с опорно-двигательной системой |
| 10 - другое (указать)  |
| **Межличностные отношения** |
| Особенности межличностных отношений в школе, на улице | 1 - общителен |
| 2 - замкнут |
| 3 - демонстративен |
| 4 - одинок (стеснителен) |
| 5 - конфликтен |
| 6 - лидер |
| Наличие школьных друзей | 1 - школьные |
| 2 - внешкольные |
| 3 - как школьные, так и внешкольные |
| Отношение к учебе | 1 - ответственное |
| 2 - целеустремленное (связанное с опре­деленной целью) |
| 3 - формальное |
| 4 - негативное |
| 5 - тревожное |
| Основное увлечение, хобби | 1 - связанное со спортом |
| 2 - связанное с искусством (музыка, рисование, чтение, др.) |
| 3 - коллекционирование |
| 4 - связанное с различными науками (история, химия, астрономия, физика) |
| 5 - связанное с компьютером |
| 6 - другое (указать)  |
| 7 - нет |

**Несуицидальное самоповреждающее поведение (НСП) в последние три месяца**

|  |  |
| --- | --- |
| Наличие | 0 - нет1 - да |
| Способы | 1 -самопорезы |
| 2 - уколы острыми предметами |
| 3 - прижигания |
| 4 - удары кулаком, ногой, рукой, корпу­сом по твердым поверхностям |
| 5 - другое |
| Какой был основной мотив НСП | 1 -самонаказание |
| 2 - протест |
| 3 - призыв (показать другим, как мне плохо) |
| 4 - облегчение психического состояния |
| 5 - привлечь внимание |
| 6 - просто за компанию |
| 7 - чтобы понять себя |
| При каких обстоятельствах произошло НСП | 1 - конфликты в семье |
| 2 - конфликты с друзьями, со сверстни­ками |
| 3 - неудачная любовь |
| 4 - ухудшение психического состояния |
| 5 - другое (указать)  |
| Были ли раньше случаи само- повреждения? | 0 - нет 1 - да |
| Как подросток относится к своим действиям сейчас | 1 - критично (сожалеет) |
| 2 - хвалится, гордится |
| 3 - стыдится |
| 4 - никак |
| Кто еще знает о самоповреж- дающих действиях (родители, друзья) | 1 - родители |
| 2 - друзья, знакомые |
| 3 - психолог, психиатр |
| 4 - учителя |

|  |  |
| --- | --- |
| Как они к этому относятся | 1. - критично (осуждают)
2. - не знают, что делать
3. - никак не реагируют
4. - пытаются разрешить ситуацию, по­мочь
 |

**Клинические характеристики**

|  |  |
| --- | --- |
| Диспансеризация подростка на момент обследования | 1. - не состоит под наблюдением психи­атра
2. - получает лечебно-консультативную помощь
3. - диспансерное наблюдение
 |

**ХАРАКТЕРИСТИКИ СУИЦИДАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ**

|  |  |
| --- | --- |
| День совершения | 1. - будний
2. - предвыходной/предпраздничный
3. - выходной/праздничный
4. - каникулы
 |
| Место совершения | 1. - в своей квартире
2. - в чужой квартире
3. - в школе
4. - в общественном месте
5. - в безлюдном месте
6. - другое (указать)
 |
| Наличие окружающих в мо­мент совершения попытки | 0 - нет 1 - да |
| Дополнительные факторы | 1 - алкогольное опьянение2 - наркотическое опьянение3 - не было |
| Способ | 1. - самоповешение
2. - самоотравление
3. - самопорезы
4. - колото-рубленные раны
5. - падение с высоты
6. - падение под движущийся транспорт
7. - другой (указать)
 |
| Подготовка | 1 - открытая2 - скрытая3 - не было |

|  |  |
| --- | --- |
| Наличие предсмертной за­писки | 0 - нет1 - да |
| Острый пресуицидальный период (до суток от намерения до осуществления) | 0 - нет1 - да |
| Длительный пресуицидаль- ный период (свыше суток от намерения до осуществления) | 0 - нет1 - да |

**Сфера суицидального конфликта**

|  |  |
| --- | --- |
| Причины суицидального поведения | 1. - несправедливое отношение
2. - потеря «значимого другого»’
3. - препятствия к удовлетворению акту­альной ситуационной потребности
4. - неудачная любовь
5. - недостаток внимания, заботы
6. - боязнь наказания
7. - самоосуждение за реальный просту­пок
8. - неудачи в учебе
9. - материально-бытовые трудности
10. - психическое заболевание
11. - соматическое заболевание
12. - другие мотивы (указать)
 |
| Состав преступления по ст.ст. 110, 110.1 УК РФ (при наличии) | 0 - нет1 - да |
| Наличие предшествовавших данному суициду попыток | 0 - нет1 - да (указать число)  |

Дата предшествующего суицида (указать)

|  |  |
| --- | --- |
| Способ предшествующего суицида: | 1. аналогичный данному
2. отличный от данного (указать)
 |

**ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ (ОО)**

|  |  |
| --- | --- |
| В образовательной организа­ции знали о суицидальных тенденциях | 0 - нет1 - да |
| Кто знал | 0 - никто1. - ученики
2. - педагог-психолог
3. - администрация
4. - учителя
5. - все
 |

|  |  |
| --- | --- |
| Какие меры были предприняты | 0 - не были предприняты1. - беседы с психологом
2. - дополнительное тестирование
3. - информирование родителей/закон- ных представителей
 |
| Наличие конфликта в ОО | 0 - нет1 - да |
| Между учениками | 0 - нет1 - да |
| Учениками и учителями | 0 - нет1 - да |

**Суицидальное поведение несовершеннолетних
(факторы риска, предикторы развития,
диагностика)**

***Методические рекомендации***

|  |  |
| --- | --- |
| *Заведующая редакцией* | *Н.Б. Гончарова* |
| *Редактор**Компьютерная верстка* | *Н.Б. Гончарова**М.М. Абрамовой* |

Подписано в печать 4.10.2024 г.

Формат 60х84/16. Гарнитура Century Schoolbook.
Бумага офсетная. Цифровая печать. Усл. печ. л. 2,4.

Федеральное государственное бюджетное учреждение
“Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии имени В.П. Сербского” Министерства здравоохранения
Российской Федерации

119034 ГСП-1, Москва, Кропоткинский пер., 23.

**ДЛЯ ЗАМЕТОК**

**ДЛЯ ЗАМЕТОК**

1. На 100 тыс. населения соответствующего возраста. [↑](#footnote-ref-1)
2. Колачев Н.И., Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Дровосеков С.Э. Сочувствие к себе в контексте суицидальных тенденций: нор­мативные показатели «Шкалы сочувствия к себе» К. Нефф // Психологические исследования. - 2024. - № 93. - Т. 17. - С. 3. DOI: 10.54359/ps.v17i93.1516;

Колачев Н.И., Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Дровосеков С.Э. «Шкала душевной боли» Р. Холдена и «Шкала безнадеж­ности» А. Бека: диагностические возможности для предсказания суицидаль­ного риска // Психологические исследования. - 2023. - № 90. - Т. 16. - С. 7. DOI: 10.54359/ps.v16i90.1439. [↑](#footnote-ref-2)
3. Госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую пси­хиатрическую помощь в стационарных условиях, осуществляется согласно ст.28 Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 (с изменениями и дополнениями) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». [↑](#footnote-ref-3)
4. В соответствии со ст.29 Закона РФ от 02.07.1992 г. № 3185-1 (с из­менениями и дополнениями) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». [↑](#footnote-ref-4)
5. Разработаны в соответствии с п.2 раздела I протокола заседания Правительственной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав под председательством Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации Т.А. Голиковой от 10.10.23 №1пр в части проведе­ния анализа эффективности и актуальности применяемых специалистами органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правона­рушений несовершеннолетних методических материалов, информационных и инструктивных писем по вопросам профилактики суицида среди несовер­шеннолетних. [↑](#footnote-ref-5)
6. Глоссарий суицидологических терминов был обновлен и согласован межведомственной рабочей группой, включавшей представителей Минздрава России, Минпросвещения России, Следственного комитета РФ, Аппарата Уполномоченного при Президенте РФ по правам ребенка. [↑](#footnote-ref-6)
7. Карта суицидального кризисного состояния несовершеннолетнего подготовлена по итогам обсуждения в рабочем порядке представителями меж­ведомственной рабочей группой (Минздрав России, Минпросвещения России, Следственный комитет РФ, Аппарат Уполномоченного при Президенте РФ по правам ребенка). [↑](#footnote-ref-7)