МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994,
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

Вр-3561804

08.10.2024 № 15-2/4373

На № _____ от _____

Министерство просвещения Российской Федерации

Следственный комитет Российской Федерации

Аппарат Уполномоченного при Президенте Российской Федерации по правам ребенка

Департамент медицинской помощи детям, службы родовспоможения и общественного здоровья направляет для использования в работе опубликованные методические рекомендации «Суицидальное поведение несовершеннолетних (факторы риска, предикторы развития, диагностика)», утвержденные Ученым Советом ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России 24.06.2024.

Приложение: на 41 л. в 1 экз.

Директор Департамента

Подлинник электронного документа, подписанного ЭП, хранится в системе электронного документооборота Министерства Здравоохранения Российской Федерации.

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат: 0085882BDD03596D74A2BC0BCED39DE257
Кому выдан: Шешко Елена Леонидовна
Действителен: с 20.02.2024 до 15.05.2025

Е.Л. Шешко

Галискарова Эльмира Султановна
+7 (495) 627-24-00 вн. 1525

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)**: Методические 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 социально-демографические, 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)
МО – медицинская организация
НСП – несуицидальное самоповреждающее поведение
ОО – образовательная организация
ПАВ – психоактивные вещества
ПДН – подразделение по делам несовершеннолетних
ФАП – фельдшерско-акушерский пункт
ЦРБ – 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]), 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;

[1] На 100 тыс. населения соответствующего возраста.

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. Самоповреждения 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:

а) психические заболевания в семейной истории, история самоубийства или суицидальные попытки в семье;
б) эмоционально-холодный, контролирующий стиль воспитания, известный как «контроль без привязанности»;
в) низкий социально-экономический статус и образовательный уровень, безработица членов семьи;

г) хронические конфликты в семье,
д) алкоголизация, наркомания;
е) 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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).

4.1. 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 намерения/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.

4.2. 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.

4.3. 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-мнестических 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: ажитированностью, 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 аффективно-импульсивном 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 ригидность, 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 опросниковыми методами («Шкала душевной боли» Р. Холдена, «Шкала безнадежности» А. Бека, «Шкала сочувствия к себе» К. Нефф)[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 медико-психологической 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*

---

[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.

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) поликлиники/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]:

- 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:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих;

б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;

в) угроза существенного вреда его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи[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);

---

[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».

[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».

- 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]

1. Межведомственное взаимодействие (ведомства, внедрившие методические рекомендации в практическую деятельность).

1.1. Повышение уровня информированности, знаний целевой аудитории в части, касающейся превенции суицидов среди несовершеннолетних.

1.2. 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).

[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.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

ОСНОВНЫЕ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕРМИНЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ ВЕДОМСТВ (ГЛОССАРИЙ)[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, психолого-педагогических мер, необходимых конкретному индивиду. Может включать психолого-педагогическое наблюдение, клиническую беседу, экспериментальное патопсихологическое исследование, психологическое тестирование, клиническую психиатрическую оценку.

Диссимуляция суицидального поведения – поведение суицидента, направленное на сокрытие проявлений суицидальной активности.

---

[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.

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 пресуицидальном 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 руминации) 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 актуаль-

ной 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.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

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).

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Чек лист оценки суицидального 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, сенестоалгии	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/состояния». «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.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Карта суицидального кризисного состояния несовершеннолетнего, совершившего суицид или суицидальную попытку [7]

Необходимо вносить информацию, только подтвержденную документально

СОЦИО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ	
Имя (ФИО)	
Возраст (число полных лет)	
Пол	1 - мужской 2 - 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 - нет 1 - 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) _____ _____

[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).

Законченный суицид в ближайшем окружении	
Наличие	0 - нет 1 - 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 - нет 1 - 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 - нет 1 - 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 – нет 1 - да
Если ответ «да», то уточните	1 - соматических
	2 - неврологических
	3 - психических
	4 - инвалидность
Попытки самоубийства в анамнезе	
Наличие	0 – нет 1 - 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 - нет 1 - да
Состоял ли несовершеннолетний на диспансерном учете у психиатра, нарколога	0 – нет 1 - 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 - нет 1 - да
Если ответ «да», то уточните	1 - острый
	2 - хронический
	3 - периодический
Негативные события за последние полгода, предшествовавшие обращению к специалисту	
Наличие	0 - нет 1 - 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 - нет 1 - 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 самоповреждения?	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 самоповреждающих 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 опьянение 2 - наркотическое опьянение 3 - 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 - открытая 2 - скрытая 3 - не было

Наличие предсмертной записки	0 - нет 1 - да
Острый пресуицидальный период (до суток от намерения до осуществления)	0 - нет 1 - да
Длительный пресуицидальный период (свыше суток от намерения до осуществления)	0 - нет 1 - 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 - нет 1 - да
Наличие предшествовавших данному суициду попыток	0 - нет 1 - 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 - нет 1 - да
Кто знал	0 - никто 1 - ученики 2 - педагог-психолог 3 - администрация 4 - учителя 5 - все

Какие меры были предприняты	0 - не были предприняты 1 - беседы с психологом 2 - дополнительное тестирование 3 - информирование родителей/законных представителей
Наличие конфликта в ОО	0 - нет 1 - да
Между учениками	0 - нет 1 - да
Учениками и учителями	0 - нет 1 - да

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

Методические рекомендации

Заведующая редакцией *Н.Б. Гончарова*

Редактор *Н.Б. Гончарова*
Компьютерная верстка *М.М.Абрамовой*

Подписано в печать 4.10.2024 г.
Формат 60x84/16. 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