**Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2024 г. N 15-2/4373 О направлении методических рекомендаций "Суицидальное поведение несовершеннолетних (факторы риска, предикторы развития, диагностика)"**

**Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2024 г. N 15-2/4373**

Департамент медицинской помощи детям, службы родовспоможения и общественного здоровья направляет для использования в работе опубликованные [методические рекомендации](https://base.garant.ru/410598050/33fa5dd26a9db0816858ab6bd9358b49/#block_1000) "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 | Е.Л. Шешко |

**Методические рекомендации "Суицидальное поведение несовершеннолетних (факторы риска, предикторы развития, диагностика)"
(утв. Ученым Советом ФГБУ "Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского" Министерства здравоохранения Российской Федерации 24 июня 2024 г., протокол N 6)**

УДК 159.9:616.89

ББК 56.14:88.7

С89

ISBN 978-5-86002-408-3

*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.*

**СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| МКБ-10 | - | [Международная статистическая классификация](https://base.garant.ru/4100000/) 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](https://base.garant.ru/410598050/#block_111)), 2020 г. - 311 (1,02), 2021 г. - 375 (1,24), 2022 г. - 289 (0,955), 2023 г. - 371 (1,23) при высокой региональной неравномерности.

------------------------------

1 На 100 тыс. населения соответствующего возраста.

------------------------------

**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*. 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](https://base.garant.ru/410598050/33fa5dd26a9db0816858ab6bd9358b49/#block_1200)).

***4.1. Суицидальный риск определяется как***вероятность совершения суицидальных действий, которую прогнозируют на основе совокупности объективных и субъективных данных о подростке ([Приложение 2](https://base.garant.ru/410598050/33fa5dd26a9db0816858ab6bd9358b49/#block_1200)).

*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](https://base.garant.ru/410598050/#block_222), 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.

------------------------------

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. - N 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. - N 90. - Т. 16. - С. 7. DOI: 10.54359/ps.v16i90.1439.

------------------------------

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 психотерапевтического кабинета, или кабинета медико-психологического консультирования* ([приказ](https://base.garant.ru/405706151/) Минздрава России от 14.10.2022 г. N 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 (самопорезы, 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](https://base.garant.ru/410598050/33fa5dd26a9db0816858ab6bd9358b49/#block_1300)).

 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**](https://base.garant.ru/410598050/#block_333)**:**

------------------------------

3 Госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, осуществляется согласно [ст. 28](https://base.garant.ru/10136860/53070549816cbd8f006da724de818c2e/#block_28) Закона РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (с изменениями и дополнениями) "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".

------------------------------

 наличие психического расстройства, психотической симптоматики, ажитации;

 активные мысли о суициде, высокий суицидальный риск (больше 10 баллов по чек-листу оценки суицидального кризиса, [Приложение 4](https://base.garant.ru/410598050/33fa5dd26a9db0816858ab6bd9358b49/#block_1400));

 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](https://base.garant.ru/410598050/#block_444).

------------------------------

4 В соответствии со [ст. 29](https://base.garant.ru/10136860/7a69fb6632f5876efd3160114758a106/#block_29) Закона РФ от 02.07.1992 г. N 3185-1 (с изменениями и дополнениями) "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".

------------------------------

**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](https://base.garant.ru/410598050/33fa5dd26a9db0816858ab6bd9358b49/#block_1400));

 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**](https://base.garant.ru/410598050/#block_555)

------------------------------

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 N 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.

------------------------------

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).

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

**ОСНОВНЫЕ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕРМИНЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ ВЕДОМСТВ (ГЛОССАРИЙ)**[**6**](https://base.garant.ru/410598050/#block_666)

------------------------------

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.

------------------------------

**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.

**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](https://base.garant.ru/10108000/61be80f84cf4d95f84aeddb3178a7797/#block_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](https://base.garant.ru/4100000/ee9753586947f35135b65aed7a30547c/#block_408) "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](https://base.garant.ru/10108000/075b9cb018c89e14cb3002e5025321a0/#block_110100) 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](https://base.garant.ru/10108000/075b9cb018c89e14cb3002e5025321a0/#block_110100) 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 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.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N | 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](https://base.garant.ru/410598050/#block_1301)).

2. Безнадежность ([вопрос 2](https://base.garant.ru/410598050/#block_1302)).

3. Самоповреждающее поведение ([вопрос 3](https://base.garant.ru/410598050/#block_1303)).

4. Депрессивные руминации ([вопрос 4](https://base.garant.ru/410598050/#block_1304)).

5. Одиночество ([вопрос 5](https://base.garant.ru/410598050/#block_1305)).

6. Агрессия ([вопрос 6](https://base.garant.ru/410598050/#block_1306)).

7. Обременительность ([вопрос 7](https://base.garant.ru/410598050/#block_1307)).

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**](https://base.garant.ru/410598050/#block_777)**Необходимо вносить информацию, только подтвержденную документально**

------------------------------

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).

------------------------------

|  |
| --- |
| **СОЦИО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ** |
| **Имя (ФИО)** |   |
| **Возраст (число полных лет)** |   |
| **Пол** | 1 - мужской2 - женский |
| **Место жительства** | 1 - город2 - сельская местность |
| **Место обучения** | 1 - общеобразовательная организация2 - профессиональная образовательная организация3 - профессиональная образовательная организация высшего образования4 - не обучается |

|  |
| --- |
| **ОТЯГОЩЕННАЯ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ** |
| **Психопатологическая отягощенность со стороны матери/отца** |
| Наличие | 0 - нет1 - да |
| Если ответ "да", то уточните | 1 - аффективные расстройства2 - невротические расстройства3 - расстройства шизофренического спектра4 - расстройство личности5 - органические расстройства6 - зависимость от алкоголя и других ПАВ7 - 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 - нет1 - 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 - нет1 - 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 самоповреждения? | 0 - нет1 - 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 делать3 - никак не реагируют4 - пытаются разрешить ситуацию, помочь |
| **Клинические характеристики** |
| Диспансеризация подростка на момент обследования | 1 - не состоит под наблюдением психиатра2 - получает лечебно-консультативную помощь3 - диспансерное наблюдение |
| **ХАРАКТЕРИСТИКИ СУИЦИДАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ** |
| День совершения | 1 - будний2 - предвыходной/предпраздничный3 - выходной/праздничный4 - каникулы |
| Место совершения | 1 - в своей квартире2 - в чужой квартире3 - в школе4 - в общественном месте5 - в безлюдном месте6 - другое (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Наличие окружающих в момент совершения попытки | 0 - нет1 - да |
| Дополнительные факторы | 1 - алкогольное опьянение2 - наркотическое опьянение3 - не было |
| Способ | 1 - самоповешение2 - самоотравление3 - самопорезы4 - колото-рубленные раны5 - падение с высоты6 - падение под движущийся транспорт7 - 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 пресуицидальный период (свыше суток от намерения до осуществления) | 0 - нет1 - да |
| **Сфера суицидального конфликта** |
| Причины суицидального поведения | 1 - несправедливое отношение2 - потеря "значимого другого"3 - препятствия к удовлетворению актуальной ситуационной потребности4 - неудачная любовь5 - недостаток внимания, заботы6 - боязнь наказания7 - самоосуждение за реальный проступок8 - неудачи в учебе9 - материально-бытовые трудности10 - психическое заболевание11 - соматическое заболевание12 - другие мотивы (указать) |
| Состав преступления по [ст. 110](https://base.garant.ru/10108000/61be80f84cf4d95f84aeddb3178a7797/#block_110), [110.1](https://base.garant.ru/10108000/075b9cb018c89e14cb3002e5025321a0/#block_110100) 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 данному2 - отличный от данного (указать) |
| **ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ (ОО)** |
| В образовательной организации знали о суицидальных тенденциях | 0 - нет1 - да |
| Кто знал | 0 - никто1 - ученики2 - педагог-психолог3 - администрация4 - учителя5 - все |
| Какие меры были предприняты | 0 - не были предприняты1 - беседы с психологом2 - дополнительное тестирование3 - информирование родителей/законных представителей |
| Наличие конфликта в ОО | 0 - нет1 - да |
| Между учениками | 0 - нет1 - да |
| Учениками и учителями | 0 - нет1 - да |