

**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(МИНЗДРАВ РОССИИ)**

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

Органы исполнительной власти  
субъектов Российской Федерации  
сфере охраны здоровья

13.01.2021 № 15-2/11

На №

от

Департамент медицинской помощи детям и службы родовспоможения  
в рамках реализации пункта 20 комплекса мер до 2020 года  
по совершенствованию системы профилактики суицида среди  
несовершеннолетних, утвержденное распоряжением Правительства  
Российской Федерации от 18.09.2019 № 2098-р, направляет для использования  
в работе методические рекомендации по организации деятельности  
подразделений по профилактике суицидов и опасного поведения  
несовершеннолетних в структуре медицинских организаций государственной  
и муниципальной систем здравоохранения.  
Приложение: брошюра.

Директор Департамента

Е.Н. Байбарина

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

**СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП**

Сертификат: 0106713762581200000005400060002  
Кому выдан: Байбарина Елена Николаевна  
Действителен: с 13.08.2020 до 13.08.2021

А.А. Суржикова  
8 (495) 627-24-00 (доб. 1524)

Правительство Иркутской  
Области  
Дата 27.01.2021  
Время 15:45  
№01-54-1398/21:54

кабинетом медико-социально-психологической помощи;

- меры по подготовке соответствующих кадров, в том числе врачей-психиатров детских и подростковых, психотерапевтов, психологов;
- меры по организации обучения навыкам раннего распознавания признаков суицидального поведения врачей-педиатров, врачей-терапевтов, фельдшеров, педагогов, социальных работников и других специалистов;
- меры по раннему выявлению, лечению и уходу за людьми с психическими расстройствами и различными зависимостями, хроническими болями и острыми эмоциональными расстройствами;
- меры по привлечению волонтеров (добровольцев), общественных и религиозных организаций, групп самопомощи, включая лиц, совершивших ранее суицидальную попытку, близких суицидентов, имеющих опыт преодоления кризиса;
- меры по активизации антисуицидальной просветительной работы в средствах массовой информации (Интернет, радио, телевидение, пресса);
- меры по ограничению доступа к средствам самоубийства;
- меры по реализации антиалкогольной политики;
- меры по организации сбора и анализа информации о случаях суицидального поведения населения в регионе и реализации регионального Комплекса мер по снижению смертности от самоубийств, в том числе среди подростков, с рассмотрением результатов анализа на межведомственной комиссии по реализации мер, направленных на снижение смертности.

ФГБУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ ИМЕНИ В.П. СЕРБСКОГО»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УТВЕРЖДАЮ

д.о. генерального директора  
ФГБУ «ЦНИП им. В.П. Сербского»  
Министерства  
Здравоохранения  
Российской Федерации  
З.И. Кетеладзе  
«20» ноября 2020 года



**ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ  
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДОВ И ОПАСНОГО  
ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ  
В СТРУКТУРЕ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ И МУНИЦИПАЛЬНОЙ СИСТЕМ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Методические рекомендации

Москва – 2020

Методические рекомендации подготовили сотрудники ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации: доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации Б.С. Положий; доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный детский специалист-психиатр Минздрава России Е.В. Макушкин; доктор медицинских наук, профессор Е.Б. Любов; кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Г.С. Баников; кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник К.Л. Кешян; кандидат психологических наук, старший научный сотрудник Л.В. Миллер; научный сотрудник А.Н. Куликов; младший научный сотрудник Л.Л. Гилдцова.

Издание рекомендовано Ученым советом ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» 30.11.2020 г., протокол №7.

**Организация деятельности подразделений по профилактике суицидов и опасного поведения несовершеннолетних в структуре медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения:** Методические рекомендации. М., 2020. – 28 с.

*На основе многолетних исследований и анализа опыта работы службы суицидологической помощи в ряде регионов России показаны структура и функции антикризисных служб для несовершеннолетних в рамках программ предупреждения случаев суицида среди населения; даны рекомендации по улучшению доступности и повышению эффективности суицидологической помощи несовершеннолетним в структуре медицинских учреждений.*

*Для организаторов суицидологической, психиатрической и медицинской помощи, детских и подростковых психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, специалистов по социальной работе, педиатров, педагогов и психологов образовательных организаций.*

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

#### 4. ПРЕДЛОЖЕНИЯ<sup>3</sup>

Регионам Российской Федерации целесообразно разработать, с учетом региональных особенностей, дополнительные меры по снижению смертности населения от самоубийств, в том числе среди подростков, для включения в региональный Комплекс мер по снижению смертности населения от самоубийств, в том числе среди подростков, на период 2020-2025 гг., предусмотрев в том числе:

- включение показателей смертности населения от самоубийств на период 2020-2025 гг.: число самоубийств (все возраста, оба пола - женщины, мужчины); общий и по возрастные коэффициенты смертности от самоубийств (в абсолютных цифрах и на 100 тыс. населения - оба пола - женщины, мужчины, все возраста, в том числе учитываемая возраст 5-14 лет, 15-17 лет, 15-29 лет);
- меры по осуществлению межведомственного взаимодействия систем здравоохранения, образования, социальной защиты, по делам молодежи и спорту, территориальных органов Роспотребнадзора, МВД России, СК России, прокуратуры, государственных и муниципальных органов власти, общественных организаций, волонтерских движений, представителей религиозных конфессий и средств массовой информации;
- меры по совершенствованию суицидологической службы в субъекте Российской Федерации с учетом суицидальной и социально-экономической ситуации в регионе, уровня жизни населения и его этнического состава, в том числе меры по реализации Приказа Минздрава России от 06.05.1998 № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением» (вместе с «Положением об отделении «Телефон доверия», «Положением о кабинете социальной психологической помощи», «Положением об отделении кризисных состояний», «Методическими рекомендациями по организации региональной суицидологической службы»); меры по реализации приказа Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 566 н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения», в соответствии с которым профилактическая консультативная и лечебная психиатрическая, психотерапевтическая и медико-психологическая помощь пациентам, в том числе пострадавшим в чрезвычайных ситуациях, с целью предотвращения у них суицидальных и иных опасных действий оказывается отделением «Телефон доверия» и

<sup>3</sup> Е.Н. Баббарина, Е.В. Макушкин, И.В. Лысков, О.В. Чумакова. Анализ эффективности существующих и направляемых разработок дополнительных мер по снижению смертности населения от самоубийств // Российский психиатрический журнал. – М., 2017. – № 1. С.75-76.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Критериями эффективности работы службы суицидальной помощи на первых этапах ее становления являются:

1. *Повторность суицидальных действий в течение ближайшего года.*  
Опыт показывает, что среди лиц, которым оказана помощь в системе службы, число повторных попыток можно снизить в 5-6 раз.
2. *Количество реализованных суицидальных попыток у лиц с тенденциями к совершению самоубийства.*
3. *Количество пациентов с суицидальным поведением, вызванных благодаря организации кабинетов КСПП и получивших необходимую помощь.*

Суицидологическая служба должна иметь единую структуру звеньев с учетом социально-экономического состояния региона, уровня жизни и этнического состава населения. Отсутствие федеральных и местных стандартов оказания суицидологической помощи препятствует оценке ее качества и гарантированному планомерному развитию служб.

Необходима разработка единой системы регистрации (базы данных) случаев СП на региональном и федеральном уровнях, информационной базы данных о суицидах и суицидальных попытках с развернутым и формализованным их описанием.

Детско-подростковый сектор должен развиваться, во избежание дробления, в русле единой стратегии развития и совершенствования суицидологической службы региона как интегральная часть комплекса мер по снижению смертности несовершеннолетних, но с привлечением ресурсов междисциплинарного и межведомственного взаимодействия, лечебно-профилактических подходов и маршрутизации помощи, препятствующей смещению «потоков» суицидентов разных возрастов.

## СОДЕРЖАНИЕ

|                                                                                                                                                    |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....                                                                                                                             | 4  |
| ВВЕДЕНИЕ.....                                                                                                                                      | 5  |
| 1. ОРГАНИЗАЦИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ<br>СЛУЖБЫ И ЕЕ ЗВЕНЬЕВ ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ.....                                                 | 6  |
| 1.1. Принципы деятельности службы.....                                                                                                             | 7  |
| 1.2. Нормативная и методическая база суицидологической службы.....                                                                                 | 9  |
| 1.3. Структура детско-подросткового сектора суицидологической<br>службы.....                                                                       | 10 |
| 1.3.1. Отделение «Телефон доверия» .....                                                                                                           | 10 |
| 1.3.2. Кабинет социально-психологической поддержки.....                                                                                            | 12 |
| 1.3.3. Кризисный стационар.....                                                                                                                    | 17 |
| 1.3.4. Научно-практический центр профилактики суицидов и опасного<br>поведения несовершеннолетних как новая форма суицидологической<br>службы..... | 18 |
| 2. ТИПОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕСТНЫХ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИХ<br>СЛУЖБ.....                                                                                        | 23 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....                                                                                                                                    | 26 |
| ПРЕДЛОЖЕНИЯ.....                                                                                                                                   | 27 |

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

|                                                                                                      |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения                                                          |  |
| КСПП - Кабинет социально-психологической помощи                                                      |  |
| КС - Кризисный стационар                                                                             |  |
| МЗ - Министерство здравоохранения                                                                    |  |
| МВД - Министерство внутренних дел                                                                    |  |
| ННЦ - Научно-практический центр профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних        |  |
| НМИЦ ПН - Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им В.П. Сербского |  |
| НС - несуицидальное самоповреждение                                                                  |  |
| ОУ - образовательное учреждение                                                                      |  |
| ПАВ - психоактивные вещества                                                                         |  |
| ПНД - психоневрологический диспансер                                                                 |  |
| СК - Следственный комитет                                                                            |  |
| СМИ - средства массовой информации                                                                   |  |
| СП - суицидальное поведение                                                                          |  |
| ТД - Телефон доверия (отделение)                                                                     |  |
| КСПП - Кабинет социально-психологической помощи                                                      |  |
| КС - отделение кризисных состояний                                                                   |  |
| УС - уровень суицидов                                                                                |  |
| ЦЭПП - Центр экстренной психологической помощи                                                       |  |
| МГППУ - Московский государственный психолого-педагогический университет                              |  |

Учет статистики по завершенным суицидам ведется в 30% регионов и по суицидальным попыткам - в 23% регионов (представлены данные или есть упоминания в регистрах, базах данных). Лишь в каждом пятом из 76 регионов (19%) сформированы базы данных (реестры) о случаях СП в населении (19%), чаще - наблюдаемых по линии ПНД (63%), вдвое меньше (8%) - с выделением суицидальных попыток (14%), и уровне суицидов среди несовершеннолетних (до 17 лет).

Межведомственное взаимодействие осуществляется в 43,7% регионов.

- Указываются алгоритмы, дорожные карты по осуществлению межведомственного взаимодействия (35%).
- Есть данные о просветительской, совместной научной деятельности с другими ведомствами (84%).
- Представлены данные о проведении системной работы с лицами, совершившими суицидальную попытку, их ближайшим окружением, работа в образовательных организациях (10%).

В большинстве регионов осуществляется межведомственное взаимодействие, в первую очередь, в рамках просветительской деятельности, чаще всего при отсутствии законодательной основы.

целенаправленная работа первичной медико-санитарной сети, осуществляется взаимодействие с психологическими кабинетами центров здоровья по формированию психического здоровья детского населения.

В Республике Башкортостан в рамках пилотного проекта создана государственная медицинская организация психотерапевтического профиля вне психиатрической службы (ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ). Выделено 220 круглосуточных коек, 30 из которых детские, 162 койки дневного пребывания, 8 амбулаторных психотерапевтических кабинетов. Согласно Порядку межведомственного взаимодействия, утвержденному распоряжением комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве Республики Башкортостан от 07.12.2018 № 33, по фактам выявления несовершеннолетних, имеющих риск аутоагрессивного поведения, совершивших попытку суицида или суицид, обеспечивается взаимодействие между РКПЦ МЗ РБ, муниципальными КДН(З)П и образовательными организациями.

В рамках продолжающегося сотрудничества между Российской Федерацией и ВОЗ в области психического здоровья в 2019 году была реализована пилотная инициатива, направленная на создание системы эпиднадзора в стране. Для определения проблем и шагов, необходимых для полной реализации инициативы, было предложено апробировать методологию в трех пилотных регионах России. Уральский, Северо-Кавказский, Дальневосточный федеральные округа выступили в качестве пилотных площадок для использования инструмента ВОЗ с целью совершенствования систем мониторинга аутоагрессивного поведения, стандартизации на субнациональном уровне с последующим расширением на национальном уровне (многоцентровой подход).

Однако результаты анализа данных о состоянии суицидологических служб в регионах свидетельствуют о недостаточном наличии звеньев суицидологических служб. Так, в большинстве регионов они представлены в основном телефонами доверия (77%), при этом не всегда работающими в круглосуточном режиме. На втором месте по наличию звеньев суицидологической помощи - кабинеты суицидолога в ПНД (46%). КСПП при поликлиниках представлены в 29% регионов.

Кризисные стационары при ПБ развернуты в 31% регионов, но только в 3% - при общемедицинских стационарах. В ряде регионов открыты психотерапевтические центры, в которых проводится работа с лицами, находящимися в кризисном состоянии (13%). Не прописаны алгоритмы взаимодействия звеньев суицидологической помощи с указанием особенностей работы каждого подразделения или службы.

## ВВЕДЕНИЕ

Во всем мире самоубийства являются одной из трех основных причин смерти подростков, они составляют около 9,1% от всех случаев смерти среди молодежи. Самоубийства занимают второе место среди причин смерти в детском и подростковом возрасте и десятое - во всех возрастных группах (CDC., 2017). Ежегодно кончают жизнь самоубийством 1,2 миллиона подростков (ВОЗ, 2017). Резкий рост уровня суицидов отмечается между ранним подростковым и молодым возрастом (WHO., 2017). По данным Всемирной психиатрической ассоциации, наиболее уязвимой группой являются подростки в возрасте от 15 до 19 лет (WPA Mortality database documentation, 2013). Отмечено, что показатели смертности от суицида в этой возрастной группе выше у юношей, чем у девушек.

В России, после периода постоянного снижения количества суицидов несовершеннолетних до 2015 года, в 2016 - 2018 гг. произошло увеличение их числа. По данным Росстата, в 2017 г. частота завершенных суицидов среди детей 10-14 лет составила 1,6 на 100 000 лиц этого возраста (в 2 раза больше среднемирового показателя), а среди подростков 15-19 лет - 8,4 на 100 000 их ровесников (на 13,5% больше, чем в мире). При этом соответствующий показатель среди подростков из сельской местности (2,3 на 100 000) превышает таковой среди подростков, проживающих в городах (0,8 на 100 000), в 2,9 раза. Устойчивые закономерности причин самоубийств в России: преобладание «аномического» типа самоубийств как следствие разобщения отдельных индивидов по отношению к социальным группам, кроме того, существует значительная разница в частоте самоубийств на региональном уровне и по типам поселений (столичные, «периферийные» города и село), которая определяется культурно-этническими и социально-экономическими вариантами уклада жизни населения (Детский фонд ООН ЮНИСЕФ), (2011)).

Суицидальное поведение представляет собой континуум от мысли о суициде, его планирования и до попытки суицида (ВОЗ, 2014).

Суицидальные мысли отмечаются у 20-24% подростков из разных стран.

Наличие суицидальных мыслей у подростка в 12 раз повышает у него риск суицидальной попытки к 30 годам; более трети подростков с суицидальными мыслями совершают суицид в течение одного-двух лет.

Важной составляющей динамики формирования суицидального поведения являются акты самоповреждения. Считается, что средний показатель самоповреждающего поведения составляет 10-13%. Причем среди

европейских подростков девушки в среднем в три раза чаще обсуждают тему самоповреждений, чем юноши. На основании опроса около 4000 подростков в трех регионах России процент риска самоповреждающего поведения колебался от 12 до 25%. В основе намеренных самоповреждений чаще лежат не выявленные психические расстройства, в 30-40% случаев - расстройства аффективного спектра. Однако помощь несовершеннолетним с актами самоповреждения нередко оказывается с большим опозданием, иногда спустя несколько лет после начала развития несудимого самоповреждающего поведения. Уклонение от лечебно-профилактической помощи несовершеннолетних и их родственников связано с низким уровнем их грамотности в области психического здоровья детей, а также с недостаточными развитием и доступностью компетентных в этом вопросе служб.

Между тем Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 08.12.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяет «приоритет охраны здоровья детей» как стратегию национальной политики в интересах детей, направленной на сохранение и улучшение здоровья детей, снижение смертности, заболеваемости, инвалидности<sup>1</sup>, повышение качества, доступности медицинской помощи и социального обеспечения, повышение уровня социальной адаптации и интеграции детей с проблемами здоровья. Оказание психиатрической (суицидологической) помощи детям должно соответствовать задачам государственной политики.

## 1. ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И ЕЕ ЗВЕНЬЕВ ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Основные направления деятельности суицидологической службы:

1. Раннее выявление и предотвращение первичных суицидов.
2. Эпидемиологический учет самоубийств и покушений на самоубийство.
3. Проведение реабилитационных программ в отношении лиц, совершивших суицидальные попытки.
4. Пропаганда психогигиенических и правовых знаний и проведение профилактической работы среди населения.

<sup>1</sup> По данным МЗ РФ, в 2019 г. более 900 тысяч детей страдали психическими расстройствами, причем за три года их количество увеличилось на 10%.

замыслов и намерений лиц, совершивших суицидальную попытку. Все блоки НЦП участвуют в антикризисных мероприятиях.

**Индикаторы** (указующие; третичная профилактика-поственция) стратегии «обращены к отдельным уязвимым индивидам, например, проявляющим ранние признаки суицидального потенциала или совершившим попытку самоубийства», их окружению. В настоящее время работа проводится на базе токсикологического отделения ГКБ №15 им. О.М. Филатова. Существует необходимость расширения круга работы, в частности, в образовательных организациях после случая совершенного суицида или суицидальной попытки, так как данная ситуация может актуализировать суицидальные намерения у других учеников, склонных к суицидальному поведению.

## 2. ТИПОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕСТНЫХ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИХ СЛУЖБ

Согласно Распоряжению Правительства РФ от 18 сентября 2019 года № 2098-р утвержден комплекс мер по совершенствованию системы профилактики суицидов несовершеннолетних. Федеральные органы исполнительной власти реализуют его в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных федеральным бюджетом на соответствующий финансовый год. Минздраву России поручено ежегодно представлять в Минпросвещения России доклад о ходе реализации комплекса мер, основанный на информации федеральных органов исполнительной власти, ответственных за его реализацию. Эти данные используются для подготовки доклада Правительству РФ о ходе выполнения плана основных мероприятий до 2020 г. в рамках Десятилетия детства. Органам исполнительной власти субъектов РФ рекомендовано обеспечить реализацию комплекса мер, в число которых входит «Подготовка предложений по организации деятельности подразделений по профилактике суицидов и опасного поведения несовершеннолетних в структуре медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения».

По сведениям из 76 субъектов РФ, полный состав звеньев суицидологической службы наблюдается только в ряде регионов.

Так, в Новосибирской области в 2007 г. была разработана и затем внедрена в практику мультимодальная программа предотвращения суицида несовершеннолетних, действующая в системе здравоохранения Новосибирской области. Сформирована трехуровневая система психиатрической помощи несовершеннолетним, организована

медико-психологической помощи, продолжению реабилитационных мероприятий.

- Определение дальнейшего вида оказания помощи с учетом суицидального риска и психического состояния на момент выплаты из стационара, определение уровня достигнутой комплаентности со стороны подростка и его родителей (амбулаторная или стационарная кризисная помощь, госпитализация в психиатрическое отделение и т.п.).

#### *Работа с родителями:*

- Психообразование (разъяснение причин возникновения кризисного состояния у подростка, признаков его проявления, методов оказания специализированной помощи).
- Проведение тренингов, направленных на выявление критических симптомов в состоянии подростка, определение методов правильного взаимодействия с ним и оказания посильной помощи и поддержки.

#### *Работа с медицинским персоналом:*

- Обучение раннему выявлению в поведении подростков симптомов, требующих специализированной психологической помощи, в том числе неотложных состояний (подготовка к совершению суицида и т.п.).

- Обучение правильному построению взаимоотношений с подростками в постсуицидальном периоде.

Таким образом, НПЦ осуществляет работу по следующим стратегиям профилактики:

*Универсальные (всеобщие; первичная профилактика).* Специалисты НПЦ проводят информационные вебинары, обучение специалистов, работающих с подростками в кризисных состояниях, сотрудничают со СМД, образовательными организациями.

*Селективные (избирательные; вторичная профилактика),* противодействующие факторам риска в особой группе «людей, на текущий момент не проявляющих суицидальных наклонностей, но которые могут быть подвержены повышенному риску в биологическом, психологическом или социально-экономическом отношении». НПЦ в рамках межведомственного взаимодействия в сотрудничестве с образовательными организациями, университетами помогает выявлять среди обучающихся группы риска по возможному развитию суицидального поведения.

*Антикризисные* - осуществляются в пресуицидальном и ближайшем постсуицидальном периодах и направлены на предупреждение реализации суицидальных намерений и планов, а также купирование суицидальных

### 1.1. Принципы деятельности службы

В основе организации деятельности специализированных структурных подразделений суицидологической помощи лежат ряд взаимосвязанных принципов:

- *Использование научно-доказательного подхода.* Систематические многолетние исследования Всесоюзного суицидологического центра Московского НИИ психиатрии МЗ РФ во главе с А.Г. Амбрумовой привели, более 40 лет назад, к оригинальной концепции СП как следствия социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального конфликта и к пониманию СП как биопсихосоциального феномена. На региональном уровне была разработана и создана многоуровневая типовая суицидологическая (антикризисная) служба, основанная на комплексном подходе к решению проблемы, апробированы методы диагностики, терапии и предупреждения СП с потенциалом совершенствования и развития.
- *Профилактическая направленность* медико-психологической помощи. Она определяется следующими направлениями работы: ранее выявление факторов риска развития СП, суицидоопасных состояний, разработка организационных и методических основ оказания помощи, профилактика повторных попыток суицида в постсуицидальном периоде. Просветительская работа со всеми субъектами оказания медико-психологической и других видов помощи.
- *Профессиональная медицинская и социально-психологическая помощь вне психиатрических учреждений* (согласно рекомендациям ВОЗ о развитии консультативной психиатрии). Суицидологическая служба как внедиспансерный раздел психиатрической помощи вышла за рамки матричной модели стационарной и внебольничной помощи с участковым, территориальным принципом обслуживания населения.
- *Преемственность* медицинской, психологической, социальной и других видов помощи.
- *Доступность* и бесплатность оказания помощи. Помощь должна оказываться круглосуточно, бесплатно.
- *Конфиденциальность* информации. Сведения о пациенте не могут быть разглашены за пределами службы без его личного разрешения (или его официального или формального опекуна). Никто из работников службы не имеет права передавать эти сведения представителям власти и правоохранка без разрешения суицидента и/или его близких.

- *Межпрофессиональный бригадный подход.* Суицидология - область знаний на стыке медицинских и социальных дисциплин (медицины, в т.ч. психиатрии, психологии, юриспруденции, социологии). Работники психотерапевтической службы (бригады), по Приказу, взаимодействуют как члены терапевтической бригады в составе психиатра со «специалистей по суицидологии и психотерапии», психотерапевта, медицинского психолога и социального работника, медсестры, социального работника. Взаимоотношения специалистов строятся согласно методическим рекомендациям о работе в многопрофильной бригаде специалистов, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь (Приказ МЗ России от 26.11.1996).

- *Межведомственное взаимодействие.* В письме МЗ РФ от 04.06.2012 № 15-2/10/1 – 190 в адрес Администрации президента РФ отмечено: «Профилактика всех форм девиантного поведения, в том числе суицидов, является сложной межведомственной проблемой, медицинская составляющая в которой минимальна». Основные мероприятия должны проводить министерства образования и науки, культуры, спорта, труда и социальной защиты. МЗ выступает координатором и соисполнителем.

Для успешного предупреждения развития СП у детей и подростков необходимы совместные усилия различных служб и ведомств: системы образования, МБД (комиссия по делам несовершеннолетних), социальных фондов и центров, занимающихся профилактикой жестокого обращения и всех видов насилия над несовершеннолетними; центров занятости и молодежных организаций, формирующих активный, здоровый образ жизни. Службы «Телефон доверия», «Горячая линия», созданные при ведомствах здравоохранения, МБД, МЧС, социального обслуживания населения, образования и др., могут также служить звеном, обеспечивающим не только получение медико-психологической и другой помощи, но и дальнейшую маршрутизацию лица с целью получения им необходимой специализированной помощи. Примером межведомственного взаимодействия служит действующая модель раннего выявления и сопровождения несовершеннолетних с СП (разработана специалистами НМИЦ ПН им. В.П. Сербского и МПГУ), объединяющая первичную, вторичную и третичную профилактику СП у подростков в образовательных организациях. Успех программы связан с формированием компетенций медицинских, педагогических работников, психологов в сфере раннего распознавания СП и рискованного поведения обучающихся. Необходимым условием реализации антикризисной программы является создание местной

В рамках межведомственного долговременного сотрудничества Научно-практического центра профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних на базе НМИЦ ПН им. В.П. Сербского с ЦЭПП МПГУ разработана технология выявления и сопровождения несовершеннолетних с суицидальными тенденциями, объединяющая первичную, вторичную и третичную профилактику. Организация и развитие системы профилактики суицидального поведения подростков в образовательном учреждении также предполагают формирование у медицинских, педагогических работников, психологов профессиональных компетенций по распознаванию признаков суицидального риска у обучающихся. На протяжении 2017-2019 гг. проводился первичный дистанционный скрининг, направленный на выявление психологических факторов уязвимости к СП у 6000 несовершеннолетних в разных регионах РФ. Из выявленной группы риска дополнительно амбулаторно обследовано около 300 подростков, в 25% случаев предложена амбулаторная или стационарная психиатрическая помощь.

#### Коммуникативный блок (Горячая линия - ГЛ)

Специалисты ГЛ оказывают помощь несовершеннолетним, а также их родителям, родственникам, педагогам круглосуточно, анонимно.

##### Задачи ГЛ:

- Снятие острых психоэмоционального напряжения, переживаний, которые испытывает позвонивший подросток. Уберечь несовершеннолетнего, его родителей от необдуманных, безрассудных поступков – основная задача консультанта.
- Проведение диагностики суицидального риска, рекомендация для обращения в медицинские специализированные учреждения.
- В период начала пандемии COVID-19 дополнительно открыта «Горячая линия» по вопросам домашнего насилия.

**Блок суицидологической помощи в общемедицинском стационаре** предназначен для решения следующих задач:

##### При работе с подростками:

- Диагностика состояния, актуального суицидального риска;
- Краткосрочная психотерапевтическая помощь, направленная на установление доверительного контакта подростка с суицидологом, выявление проблемы и определение способов ее решения, а также формирование мотивации у подростка к получению

лицам, совершавшим покушение на самоубийство в постсуицидальный период, т.е. индикативная (трегичная) профилактика. Для дифференцированной оценки состояния, при необходимости, привлекается психолог, назначаются дополнительные инструментальные методы исследования.

#### **Задачи стационарного блока:**

- Уточнение психического состояния и степени суицидального риска, консультации профильных специалистов, инструментальные методы исследования.
- Терапия и реабилитация несовершеннолетних, находящихся в суицидальном кризисном состоянии.
- Проведение индивидуальной, групповой, семейной психотерапии.
- Индивидуальная и групповая терапия, по запросу, может продолжаться и после выписки из стационара, в блоке психотерапевтической помощи.

#### **Задачи блока психотерапевтической помощи:**

- Реабилитационная работа с несовершеннолетними после выписки из стационара.
- Работа с группой несовершеннолетних, находящихся на амбулаторном медико-психологическом сопровождении.
- Семейное антикризисное консультирование.
- Работа с подростками, направленная на их реабилитацию после совершенной попытки суицида в острый постсуицидальный период (на базах реанимационного, токсикологического отделений).

**Блок активного выявления и профилактики суицидального поведения в подростково-молодежной среде (в рамках межведомственного взаимодействия при сотрудничестве с ЦЭПП МП ППУ)**

#### **Задачи:**

- Скрининг на выявление группы риска по возможному суицидальному поведению, по несуйцидальным актам самоповреждения.
- Индивидуальное консультирование обучающихся, относящихся к группе риска, на базах образовательных организаций, ЦЭПП, амбулаторного блока НППЦ.
- Проведение обучающих вебинаров, лекций, семинаров для психологов и педагогов образовательных организаций.

суицидологической службы нового типа, основным звеном которой становится многодисциплинарная *межведомственная бригада* (рабочая группа) под руководством (как правило) заместителя главы субъекта РФ по социальным вопросам.

Рабочая группа решает стратегические задачи профилактики СП в сфере муниципального образования: раннюю диагностику психических расстройств, злоупотребления ПАВ, распознавание психосоциальных факторов дистресса, характерных для данной территории. Рабочая группа объединяет ресурсы муниципального образования для организации и координации заинтересованных организаций (школы), ведомств (МЗ, министерства культуры, социальной политики, физической культуры, спорта и молодежной политики, общего и профессионального образования, внутренних дел) и отдельных лиц (семьи). Состав постоянных членов рабочей группы представлен специалистами в области психиатрии, психологии, социальной реабилитации, профессиональной ориентации, педагогики, представителями СМИ, общественных, благотворительных и религиозных организаций. При необходимости привлекаются юристы, социологи, согласно порядку межведомственного взаимодействия, при осуществлении профилактики СП.

#### **1.2. Нормативная и методическая база суицидологической службы**

Службы организованы и действуют согласно п.5, п.1 ст. 16 ФЗ от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Закону РФ от 2 июля 1992 года № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (с учетом изменений на 19 июля 2018 года), Приказу МЗ РФ от 6 мая 1998 года № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисным состоянием и суицидальным поведением» (далее – Приказ) с положениями об организации отделения «Телефон доверия» (ТД), кабинета социально-психологической помощи (КСПП), отделения кризисных состояний (КС), о разработке методических рекомендаций по организации региональной суицидологической службы. В приложениях указаны организационно-методические основы (штатные нормативы, функциональные обязанности работников, нагрузка и потребность, дифференцированные показания к лечению) ТД, КСПП, КС, программа обучения на курсах усовершенствования по суицидологии.

### 1.3. Структура детско-подросткового сектора суицидологической службы

Основными организационно-функциональными звеньями типовой суицидологической помощи в медицинских организациях, в соответствии с Приказом, являются (отделение), ТД, КСПП, КС, объединенные в единую систему с преемственной связью и координацией со стороны единого центра.

#### 1.3.1. Отделение «Телефон доверия» (ТД)

Целью работы ТД является предупреждение самоубийств. Основные задачи кризисной помощи на ТД:

- Выявление и предотвращение дальнейшего развития острых кризисных реакций;
- Предотвращение реализации суицидальных намерений, планов в действие.
- Актуализация имеющихся ресурсов для разрешения кризисной ситуации.
- ТД является важным звеном не только в случае оказания кризисной помощи, но и обеспечивает, при необходимости, дальнейшую маршрутизацию путем информирования абонентов о возможностях получения специализированной медико-психологической помощи в других учреждениях суицидологической службы. ТД входит в структуру ПНД, диспансерных (амбулаторных) отделений ПБ.

В ряде регионов, в связи с отсутствием иных звеньев службы, информация о ресурсах помощи сводится к рекомендациям обращения в психиатрические учреждения.

Анализ деятельности ТД показывает, что лица с острыми суицидоопасными реакциями составляют от 5 до 20% от всех первично обратившихся на ТД. В связи с этим на базе Научно-практического центра профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения РФ открыта «Горячая линия» (+7(495) 637-70-70), а также «Горячая линия» по вопросам домашнего насилия (+7(495) 637-22-20). Общероссийский федеральный номер фонда поддержки детей в трудной жизненной ситуации - 8 800-2000-122.

Консультант «Телефона доверия» должен уметь работать с подростком, не только имеющим пассивные суицидальные мысли, но и находящимся в «текущем суициде» (использование таблеток, нанесение себе телесных

### СТРУКТУРА НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДОВ И ОПАСНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ЛЕТНИЦ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ ИМ. В.П. СЕРБСКОГО

**АМБУЛАТОРНЫЙ БЛОК**  
(форматный стационар)  
Функция: амбулаторная профилактика суицидологической, психиатрической, наркологической помощи подросткам

**БЛОК АКТУАЛИЗАЦИИ РЕСУРСОВ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ЛИЦА В СЕМЕЙНОЙ СРЕДЕ**

Проведение тренингов, обучение родителей, создание благоприятного образовательного пространства, повышение информированности родителей о суицидальных состояниях

**СТАЦИОНАРНЫЙ БЛОК**  
(форматный стационар)

Функция: стационарная суицидологическая помощь подросткам и подросткам суицидальных состояний

**КОМПАНИЦИОННЫЙ БЛОК** (форматный стационар)  
Функция: экстренная психологическая помощь подросткам, оказавшимся в состоянии суицидального поведения

**БЛОК ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Функция: психотерапевтическая помощь подросткам и подросткам суицидальных состояний, оказываемая на групповом формате, а также индивидуально

**БЛОК СУИЦИДАЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ОБЩЕСТВЕННЫХ СТАНЦИЯХ**

Функция: суицидологическая помощь подросткам, оказавшимся в состоянии суицидального поведения, оказываемая на групповом формате, а также индивидуально

#### Рисунок 1. Структура НПЦ.

Структурные блоки Центра взаимосвязаны друг с другом, соподчинены и, выполняя закрепленные за ними функции, ориентированы на достижение общей цели - профилактику суицидов и опасного поведения детей и подростков.

Работа всех блоков осуществляется бесплатно как для несовершеннолетних, так и для их родителей.

#### Задачи амбулаторного блока:

Первичный прием несовершеннолетних в составе семьи (законного представителя). По достижении 15-ти лет подросток может обратиться самостоятельно.

- Диагностика суицидоопасных состояний.
- Медико-психологическое сопровождение лиц, находящихся в пре- и постсуицидальном периоде суицидального процесса (кроме состояний с высоким риском совершения суицидальных действий).
- Динамическое наблюдение и психолого-психотерапевтическая помощь

После выписки из КС для амбулаторного наблюдения направляются следующие пациенты:

1. Состоявшие ранее на учете в ПНД или нуждающиеся в постановке на учет – в суицидологические кабинеты ПНД.
2. Не состоявшие на учете в ПНД и не нуждающиеся в постановке на учет – в КСПП.

*Проблемы развития КС.* КС (обычно речь идет о палатах, кризисных койках) функционируют в ряде главных городов регионов. Функцию КС обычно выполняют психотерапевтические (психосоматические) отделения областных (краевых, республиканских) ГПБ. В некоторых городах выделены кризисные центры (отделения) для детей и подростков в составе (детских) ГПБ или ПНД. Потребность в количестве коек, штатное расписание КС для детей и подростков не определены.

Не реализована альтернатива круглосуточного КС – дневной (ночной) стационар, стационар на дому по типу психиатрической службы.

*Психиатрические (наркологические) койки для кризисных (суицидальных) больных* предназначены для профилактики СП у лиц, злоупотребляющих ПАВ. Как правило, суицидолог (приглашенный или состоящий в штате) должен оценивать степень суицидального риска, помогать в установлении точного диагноза и определять суицидальные и антисуицидальные факторы.

#### **1.3.4. Научно-практический центр профилактики суицидов и опасно поведения несовершеннолетних как новая форма суицидологической службы**

Для организации единой системы мероприятий по профилактике различных форм СП и медико-психологической реабилитации несовершеннолетних все звенья детско-подросткового сектора могут быть объединены в *Центр кризисных состояний*, который может стать головным учреждением суицидологической службы региона.

В связи с этим на базе НМИЦ ПН им. В.П. Сербского, согласно поручению МЗ РФ № 15-2/10/2-1159 от 22.02.2018 г., сформирован Научно-практический центр профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних (далее – Центр).

*Цели Центра:* разработка и реализация комплексных мер по профилактике, диагностике, кризисной помощи и реабилитации суицидального и опасного поведения детей и подростков.

повреждений, представляющих угрозу жизни). Сотрудниками Научно-практического центра профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних совместно с консультантами ТД ЦЭПН МГППУ были разработаны алгоритмы действия работы с абонентами, находящимися на различных стадиях развития суицидального поведения, в том числе в постсуицидальном периоде<sup>2</sup>.

*В качестве примера приведем вопросы, которые должен прояснить консультант для оценки степени тяжести психического состояния абонента:*

1. Есть ли запрос абонента к консультанту в начале беседы, меняется ли в ее процессе?
2. Насколько запрос адекватен актуальной ситуации?
3. Может ли абонент описать свое состояние (мысли, чувства, поведение, телесные ощущения)?
4. Какой выход видит абонент из сложившейся ситуации (адекватность)?
5. Кого или что он рассматривает в качестве ресурса в сложившейся ситуации?
6. Как он воспринимает рекомендации консультанта?
7. Насколько абонент критичен по отношению к себе самому (своему состоянию) и сложившейся ситуации?
8. Насколько высок риск развития суицидальных действий и при каких условиях?

Звонки регистрируются в журнале и кодификаторе телефонных обращений. Если ведется запись телефонного звонка, то абонент предупреждается об этом. Если абонент решает нарушить анонимность, специалисты ТД, с согласия абонента, могут передать информацию в те организации и службы, где может быть оказана дальнейшая профильная помощь (педагогов-психологов; сотрудников правоохранительных органов, отдела опеки и попечительства); подключить к оказанию помощи необходимую службу (специалистов органа опеки) или консультанта (нарколога, юриста).

На ТД заняты специально подготовленные (по Приказу, прошедшие «специализацию по суицидологии») психиатры, психотерапевты,

<sup>2</sup> Ермоленко А.В., . Рабочая тетрадь консультанта детского телефона доверия: основные алгоритмы работы/ Под ред. Выхристок О.Н.: Информационно-методический сборник. Часть 1. М.: 2020, ООО Капитграф. - 40 с.  
<https://elbifhepline.ru/wp-content/uploads/%D0%A0%D0%B0%D0%BE%D1%87%D0%AB%D1%8F-%D1%82%D0%B5%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B4%D1%8C-%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%81%D1%83%D0%BB%D1%8C%D1%82%D0%AB%D0%BD%D1%82%D0%BD%D0%A2%D0%94.pdf>

медицинские психологи. Консультанты могут быть штатными сотрудниками ТД или работать на общественных (добровольных) началах.

*Проблемы ТД:*

1. Работа часто осуществляется некруглосуточно, а с 8 часов утра до 18-19 часов, хотя основная масса кризисных звонков приходится на ночное и раннее утреннее время.
2. Отсутствие у сотрудников подготовки в области кризисной помощи.
3. Отсутствие системы супервизии, что также приводит к снижению эффективности в работе, профессиональному выгоранию.
4. Кадровый дефицит, высокая «текучка» кадров.
5. Отсутствие системы «единого координатора телефонных обращений», затрудняющее систематизацию, сбор эпидемиологических данных.

*Резервы.* Развитие онлайн помощи антисуицидальных сайтов с учетом активного участия подростков в социальных сетях может способствовать разрешению ряда проблем/конфликтов, связанных с развитием суицидального поведения. Примерами могут служить интернет-ресурс «Победишь.ру» ([www.pobedish.ru](http://www.pobedish.ru)), интернет-ресурс при Детском телефоне доверия г. Москвы ([www.childhelpline.ru](http://www.childhelpline.ru)).

### 1.3.2. Кабинет социально-психологической поддержки (КСПП)

КСПП предназначены для выявления и амбулаторного ведения лиц с кризисным состоянием с суицидальными тенденциями, не представляющими угрозы для их жизни; лиц, находящихся в постсуицидальном периоде; а также для проведения психогигиенической, психопрофилактической работы с родителями, сотрудниками системы образования, членами комиссий по делам несовершеннолетних. Согласно рекомендации ВОЗ о «шаговой доступности» медико-психологической помощи, в структуре детского подросткового сектора суицидологической службы целесообразно развертывать кабинеты на базе детских и студенческих поликлиник.

*Задачи КСПП:*

1. Диагностика суицидоопасных состояний.
2. Медико-психологическое сопровождение лиц, находящихся в пре-и постсуицидальном периоде (кроме состояний с высоким риском совершения суицидальных действий).
3. Динамическое наблюдение и психолого-психотерапевтическая помощь лицам, совершившим покушение на самоубийство в постсуицидальный период, в рамках индикативной (третичной)

### 1.3.3. Кризисный стационар (КС)

Кризисный стационар предназначен для терапии и реабилитации лиц, находящихся в состоянии психологического кризиса, с повышенным риском возникновения суицидальных тенденций и попыток.

Кризисный стационар является структурным подразделением больницы скорой помощи либо в составе психосоматического отделения городской больницы и административно подчиняется главному врачу больницы.

Показаниями для направления в кризисный стационар служат:

- а) кризисные непсихотические состояния и реакции с наличием суицидальных тенденций.
- б) постсуицидальные состояния с признаками дезадаптации у лиц, совершивших непсихотические суицидальные попытки.

Противопоказаниями для направления в кризисный стационар служат:

- а) тяжелые соматические заболевания;
- б) выраженные психотические состояния;
- в) наркотическая зависимость в стадии декомпенсации.

КС развернуты, по Приказу, в многопрофильных больницах республиканских, окружных, краевых, областных административных центров, городов с населением не менее 300 000 человек. В городах с численностью населения меньше 300 000 открывают палаты кризисных состояний в составе (психосоматических) отделений многопрофильных больниц.

*Основные задачи кризисного стационара (КС):*

1. Терапия лиц с высоким риском совершения суицидальных действий в пресуицидальный период.

2. Начальный этап реабилитации лиц, совершивших суицидальную попытку (острый постсуицидальный период).

*Кадры.* Медперсонал КС входит в штатное расписание больницы, на базе которой развернут КС как структурное подразделение, и включает психиатров (психотерапевтов), медицинских, клинических психологов и социальных работников.

*Маршруты помощи.* КС работает в санаторном режиме (режим открытых дверей) и может принять больных, не нуждающихся в медицинской изоляции, добровольно обратившихся за помощью. Обращение за помощью в КС может быть как самостоятельным, так и по направлению специалистов различных ведомств.

при шизофрении, риск самоубийства особенно высок в первый год верификации диагноза. Фактором развития СП также может быть само осознание пациентом психического расстройства и его последствий.

#### **Основные задачи врача суицидологического кабинета:**

- Обследовать направляемых участковыми психiatрами больных с суицидоопасными состояниями и суицидальными тенденциями; в случае отсутствия показаний к стационарированию осуществлять диспансерное наблюдение и лечение этих больных вплоть до ликвидации суицидального риска.
- Активно выявлять на своих участках больных, совершивших суицидальные попытки, и осуществлять их диспансерное наблюдение и лечение в течение года с момента покушения.
- Ежедневно обследовать, а также консультативно участвовать в ведении и выписке больных данного района, стационарированных в психиатрическую больницу в связи с суицидальной попыткой; в последующем вести их амбулаторно в течение года.
- Обследовать лиц, направляемых из кабинетов социально-психологической помощи поликлиник, и решать вопрос о необходимости их лечения в ПНД; в случае такой необходимости, при наличии у этих больных суицидального поведения, осуществлять их лечение вплоть до ликвидации суицидального риска; при отсутствии показаний для лечения в суицидологическом кабинете направлять больных к участковым психиатрам.
- В случаях экстренной необходимости обеспечивать стационарирование больного в психиатрическую больницу.
- При наличии соответствующих показаний оформлять направления в кризисный стационар.
- В случаях завершенных самоубийств больных, состоящих на учете в ПНД, составлять, совместно с участковым психиатром, объяснительную записку и предъявлять ее главному врачу ПНД в трехдневный срок.

*Резервы организации развития кабинета суицидолога ПНД:* работа в коллективах несовершеннолетних (поственения), выезд мобильных бригад для работы в сельской местности, открытие кабинетов суицидолога в ПНД, нарколологических диспансерах. Помощь в организации и курация групп само- и взаимопомощи подростков и их близких.

#### **профилактики.**

4. Оказание психологической и психотерапевтической помощи родным и близким лиц, покончивших с собой.

5. Участие в организации и проведении универсальной (первичной) профилактики СП. Активное выявление (при методической помощи в организации и анализе регулярных скринингов учащихся) и наблюдение за несовершеннолетними из группы риска по развитию СП, совершившими суицидальные попытки (в постсуицидальном периоде), кризисная работа в коллективах учащихся (поственения во избежание кластерного СП). Участие в образовательных программах, направленных на распознавание признаков кризисного состояния (депрессии) и факторов риска развития СП несовершеннолетнего, обучение «суицидологической бдительности» педагогов, школьных психологов, медицинских работников (особо – детских и подростковых врачей) лечебных учреждений в зоне обслуживания КСПП.

6. Максимально полный сбор информации о завершенных и незавершенных суицидах и перманентный анализ УС в обслуживаемом регионе. Это позволит получить достоверные (или близкие к этому) статистические данные об УС и его динамике в регионе.

*Маришуты помощи.* Обращение в КСПП может осуществляться по инициативе самого подростка (с 15 лет) либо его законных представителей (родителей, опекунов). В зависимости от тяжести психического состояния несовершеннолетнего, выраженности суицидальных тенденций медико-психотерапевтическая помощь осуществляется в КСПП либо он направляется в ИБ, НПЦ (специализированные койки) либо в КС. По выписке из КС и /или ИБ рекомендовано поддерживающее лечение в КСПП или кабинете суицидолога в ПНД.

Время приема для несовершеннолетних, находящихся в кризисном состоянии, и их родителей не должно быть лимитировано. Наблюдение длится обычно не менее года – периода наибольшего риска рецидива СП и не влечет за собой обязательное наблюдение в ПНД (но также и не исключает его при необходимости). Профильные КСПП для несовершеннолетних должны быть также развернуты на базах территориальных (подростковых, психотерапевтических) поликлиник, социальных или образовательных учреждений.

В КСПП работает психиатр со специализацией по суицидологии, психотерапии, детской и подростковой психиатрии, медицинский психолог, сотрудник и медсестра. При необходимости должна быть оказана правовая

помощь с привлечением консультантов, других специалистов (в случаях безнадзорности, жестокого обращения и др.).

*Проблемы КСПП.* Кабинеты обычно развернуты в главных городах субъектов РФ в составе диспансерных (психотерапевтических) отделений краевых (областных) ПБ или ПНД при совмещении функций кабинета суицидолога (см. ниже) и смещении потоков пациентов всех возрастов.

*Ресурсы развития КСПП.* Информация о КСПП должна быть размещена на стендах и сайтах образовательных учреждений, антисуицидальных сайтах, в СМИ, социальных сетях.

***КСПП на базе реанимационного или скоромошного отделения ГКБ.*** Госпитализация в реанимационное отделение после суицидальной попытки является серьезным стрессовым фактором как для подростка, так и его близких. В среднем, сроки госпитализации составляют 4,5 суток (на примере токсикологического отделения). До 20% родителей сразу досрочно забирают ребенка из стационара, свыше 50% отказываются от оказания ему психиатрической помощи. Столь высокий уровень отказов от предоставляемой помощи вопреки не только психологическому, но и физическому неблагополучию подростка может служить показателем чувства страха у подростков и их законных представителей после огласки совершенных действий, возможной стигматизации ребенка как «психически нездорового», а также ввиду отсутствия элементарных сведений об опасности сложившейся ситуации, из-за приписывания совершенных действий внешним факторам.

В постсуицидальный период, особенно в ближайшее время после совершения суицидальной попытки, остается опасность ее возможного повторения. В связи с этим существует необходимость оценки степени суицидального риска, выявления суицидальных и антисуицидальных факторов, дальнейшего психологического сопровождения подростка.

Одним из приоритетных направлений работы в соматических стационарах с несовершеннолетними, совершившими суицидальную попытку, является медико-психологическое сопровождение потерпевшего в составе его семьи. Для выполнения данной задачи необходимо открытие на постоянной основе КСПП, где также должен использоваться бригадный подход.

Во время госпитализации в стационар несовершеннолетнего, совершившего суицидальное/несуицидальное аутоагрессивное действие, должны быть решены следующие задачи:

1. Определение степени тяжести психического состояния несовершеннолетнего, риска повторной попытки. В случае высокого риска СП принимается решение о переводе в отделение психиатрической больницы по месту жительства, при невысоком риске СП - рекомендуется обращение в медицинские учреждения (КСПП).

2. Проведение разъяснительной психотерапевтической работы с окружением пострадавшего. В медико-психологической поддержке нуждаются не только подростки, выпавшие из стационара, но и их родители, ближайшее социальное окружение.

Обеспечение информационной преемственности между суицидологическими службами.

На каждого поступившего в реанимационное или скоромошное отделение необходимо заполнить экстренное сигнальное извещение о случае покушения на самоубийство, включающее следующий сведения:

*ФИО; № истории болезни; возраст (полных лет); пол; дата и время совершения суицидальной попытки; способ совершения СП; количество предыдущих суицидальных попыток; место жительства (город, село); ФИО родителей или законных представителей; № образовательной организации.*

Экстренное сигнальное извещение должно передаваться в медицинские суицидологические центры в течение суток, обеспечивая тем самым преемственность между стационарным лечением и амбулаторным наблюдением суицидентов после совершения суицидальной попытки.

### ***Кабинет суицидолога ПНД (диспансерное отделение)***

Предназначен для обслуживания суицидентов и лиц, находящихся в суицидоопасном состоянии, находящихся под наблюдением ПНД.

Контингент больных, подлежащих наблюдению в суицидологическом кабинете, представлен двумя группами: подростками, совершившими суицидальные попытки, и подростками с суицидальными тенденциями.

Подростки, страдающие хроническими психическими заболеваниями, являются перманентной группой риска по развитию суицидального поведения. В связи с этим наличие при ПНД кабинета суицидолога дает возможность более целенаправленного наблюдения за данной категорией больных, представляющих группу активного диспансерного наблюдения (АДН в ПНД). Следует выявлять факторы риска СП несовершеннолетних: злоупотребление ПАВ, частая госпитализация в ПБ, сопутствующие соматические болезни, инвалидность по соматическому расстройству. При депрессии, особенно при биполярном аффективном расстройстве или в рамках пограничного расстройства личности, наличии зависимости от ПАВ,