

Сурянов



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

**ПЕРВЫЙ
ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА**

Рязанский пер., д. 32/1, стр. 1, 2, 3, 4
Москва, ГСП-4, 127994
тел: (495) 628-44-03, факс: (495) 628-50-98

№ _____ от _____ 2020 г.
№ 118-200/2020 от 19.03.2020

*Ледяшова Елена
Татьяна Владимировна*

Руководитель органо-
исполнительной власти
Российской Федерации
сферы охраны здоровья

Минздрава Московской области
№ 08/1908
от 19.03.2020
Листов: 1+8

Министерство здравоохранения Российской Федерации в соответствии с пунктом 3 постановления мер до 2020 года по совершенствованию системы профилактики суицида среди несовершеннолетних, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 18.09.2019 № 2098-р «Об утверждении комплекса мер до 2020 года по совершенствованию системы профилактики суицида среди несовершеннолетних» направляет методические рекомендации «Суицидальное поведение несовершеннолетних (профилактические аспекты)» для использования в работе.
Приложение: на 34 л. в 1 экз.

Т.Н. Яковлева



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

**СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ
(ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)**

Методические рекомендации

Москва – 2020

IV. Руководство НИИ

1. Руководитель НИИ – профессор Б.С. Положий (с сохранением штатных обязанностей руководителя отдела кибернетической и профилактической суицидологии МНИИП – филиала Центра).
2. Контроль за деятельностью НИИ возлагается на заместителя Генерального директора Центра, профессора Е.В. Масушкина.

У. Штат

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

УЛК
ББК

Методические рекомендации подготовлены в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации доктором медицинских наук, профессором Н.С. Павловым, доктором медицинских наук, профессором Е.В. Мануйловым, доктором медицинских наук, профессором Е.В. Либовым, кандидатом медицинских наук, старшим научным сотрудником Г.С. Банинковой.

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

На основе многолетних организационных исследований и систематического анализа литературных данных показаны многоуровневая система профилактики судиндального поведения несовершеннолетних и ее эффективность в рамках возрастно-специфической амбулаторной помощи; даны практические рекомендации улучшения доступности и качества судиндальностной помощи несовершеннолетним.

Для цитирования: Павлов Н.С., Мануйлов Е.В., Либов Г.С., Банинкова Г.С. Судиндальное поведение несовершеннолетних: методические рекомендации по основной работе, подростковым группам, профилактической, организаторской, психотерапевтической и судебно-психиатрической помощи.

© В.С. Павлов, Е.В. Мануйлов, Е.В. Либов, Г.С. Банинкова, 2020.
© ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Министерства России, 2020.

Функции:
- оказание экстренной психиатрической и психотерапевтической помощи детям и подросткам с судиндальными нарушениями;

- направление на плановое консультативно-диагностическое обследование детей и подростков с судиндальными нарушениями в амбулаторный блок НПС;

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

Функции:
оказание судиндальностной помощи детям и подросткам, госпитализированным в общеобразовательный стационар вследствие соматических последствий судиндальной патологии. Осуществляется в рамках Договора о научно-практическом сотрудничестве.

4. Блок элитного наблюдения и профилактики судиндального поведения в подростково-молодежной среде на базе Центра экстренной психологической помощи Московского государственного педиатрического университета.

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

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

Всемирная Организация Здравоохранения - ВОЗ
Диагностическая психодиагностическая терапия - ДПТ
Кабинет социально-психологической помощи - КСПИ
Когнитивно-поведенческая терапия - КПТ
Крестьянская станция - КС
Московский государственный психолого-педагогический университет - МГППУ
Научно-практический центр профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних - НПЦ
Негосударственное самопомощество - НС
Образовательное учреждение - ОУ
Психодиагностические вестники - ПДВ
Психоневрологический диспансер - ПНД
Средства массовой информации - СМИ
Суицидальное поведение - СП
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина - СИОЗС
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина - СИОЗСН
Телефон доверия (отделение) - ТД
Уровень суицидов - УС
Центр занятости населения - ЦЗН
Центр экстренной психологической помощи - ЦЭПП

Функции

- оказание психологической консультативно-диагностической помощи детям и подросткам с проявлениями суицидального поведения;
 - определение дальнейшей тактики оказания специализированной психологической помощи;
 - оказание амбулаторной (профилактической, терапевтической, реабилитационной) психологической помощи детям и подросткам в преемственной и постсуицицидальной периферии суицидального процесса;
 - динамическое наблюдение детей и подростков с суицидальным поведением после их выписки из стационара;
 - оказание психологической и психотерапевтической помощи родственникам детей и подростков с суицидальным поведением;
 - формирование банка данных по проявлениям в г. Москве детей и подростков с суицидальным поведением.
2. Стадионарная база (на базе отделения клинико-патогенетических проблем детской и подростковой психиатрии Клиники).
- Функции:
- оказание стационарной (привязной, реабилитационной) психологической помощи детям и подросткам, госпитализированным вследствие наличия у них проявлений суицидального (мысли, желания, намерения, попытки, предпринятые самоповреждения) и опасного (экстремальные поступки с риском для жизни и здоровья) поведения.
3. Коммуникационный блок - «Терраса души» (на базе отделения неотложной клинико-терапевтической и психологической помощи при чрезвычайных ситуациях Центра).

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

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

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

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

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

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

III. Структура НИИ

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

ВВЕДЕНИЕ

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

Суицидальное поведение (далее - СИ) детей и подростков как явление существенно проблемно-обеспечиваето зримоохраняемии вызывает особую озабоченность по ряду причин.

Треть из 800 000 погибших ежегодно от самоубийства в мире - молодые. Самоубийство - одна из ведущих причин смертности в мире во всех возрастах: 1,5% смертей в мире, или 18 место в рейтинге причин смерти, но второе по частоте причина смерти детей и подростков Европы и США жскад дорожно-транспортными несчастными случаями. На самоубийства приходится 8,5% смертей подростков в молодых 15-29 лет; они же - основная причина их смертей в мире.

Распространенность, мотивация, особенности предупредительного состояния отличаются в зависимости от возраста. В детском возрасте СИ достаточно редко и, как правило, связано с тяжелыми психотравмирующими событиями. Основными проводящими кризисного состояния являются доминанты утомляемость, соматическое недомогание, эмоциональная нестабильность, нарушение сна, аппетита, интеллектуальное функционирование на тему соответственной смерти и похорон. Попытка самоубийства часто оказывается неожиданными событиями для близких.

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

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

СПП подросток может быть связан с физическими и неврологическими носителями различных заболеваний и инвалидностью, что может вызвать социально-экономическое и психологическое бремя, поэтому у программ профилактики должны быть гуманный и ресурсобережливый потенциал.

Подростки с СПП и их близкие склонны ужесточиться от специализированной профессиональной помощи, мало соответствующей возраст-специфическим и эстетичным по мере развития их потребности, что побуждает развитие новых форм в русле матрицы общественного здравоохранения, ориентированного на личностно-социальное развитие (экопсихологиче).

Основными направлениями профилактики в работе с подростками с СПП являются следующие.

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

Профилактика СПП подростка как биосоциального феномена является актуальной проблемой, решение которой возможно лишь на междисциплинарном и междоместном уровне.

Задачи НИИ

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

Приложение 1

«УТВЕРЖДАЮ»

Генеральный директор
ФГБУ «НМИЦ психиатрии и неврологии»
имени В.П. Сербского»
Минздрава России

дكتور медицинских наук, профессор

З.И. Касьяков

« _____ 2019 г.

ПОЛОЖЕНИЕ

о Научно-практическом центре профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних

I. Общие положения

1. Научно-практический центр профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних (далее – ННЦ) создается в соответствии с поручением Минздрава РФ № 15-2/102-1159 от 22.02.2018 на базе ФГБУ «НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.П. Сербского» Минздрава России (далее – Центр).

2. ННЦ является функциональным подразделением Центра.

3. В своей деятельности ННЦ руководствуется приказами Генерального директора Центра и постановлениями Правительства.

II. Цель и задачи

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

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Профилактические стратегии СИ несовершеннолетних

включают, как и в старшем возрасте, универсальные (всеобщие; направлены профилактически) стратегии, обращенные ко всем подросткам для информирования о риске и выявлении ранних признаков СИ, ресурсов помощи; селективные (выбранческие; адресованы профилактически) и исключительные группы риска; адресованные в индивидуальном и раннем постучудительном периодах; индивидуальные (указываются; третьими профилактически-поступками) в отдаленном постучудительном периоде риска СИ. К целевым профилактическим относят мероприятия, связанные с реабилитацией лиц из окружения суицидента, хотя с учетом риска СИ «выживших» (охранение жертвы суицида) относят к вмешательству селективной профилактики.

Типовая программа профилактики СИ включает ряд интегральных элементов с опорой на межсекторное взаимодействие: уточнение законодательных характеристик суицидентов (в рамках единого суицидологического регистра) и брэндинга СИ; регулярные скрининги для выявления групп риска; разработку и внедрение дифференцированных лечебно-профилактических мероприятий с комплексной эффективностью; нацеленные работы с МВУ и органами опеки; работа со СМИ, предпринимателями и электоратом (разработку согласованных рекомендаций по профессиональному освещению СИ в использовании журналистского потенциала); целевое обучение кадров суицидологических, психиатрических и общепедиатрических служб и «акторов» (наследков).

Первичная профилактика (базисная) направлена на упреждение неэтичного благополучия и неадам. Объектом первичной профилактики являются люди без СИ; ее цель – минимизация риска СИ психологически благополучных субъектов. Первичная профилактика СИ несовершеннолетних должна стать приоритетным направлением

здоровообразия и государственной политики, в осведомленность о СПИ как о проблеме общественного здравоохранения должна проводиться с использованием многомерного подхода, учитывающего социальные, психологические и культурные аспекты. Национальные стратегии предотвращения самоубийств обеспечивают руководство ключевыми мероприятиями с учетом распространенности СПИ подростков и юной точности его протекта.

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

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

7. *Математическое моделирование на региональном и федеральном уровне становится основополагающим в части организации мероприятий, профилактических мероприятий.*

Исходя из вышесказанного, можно сделать следующие выводы:

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

2. Распространенность и этиология СП связаны с полом и статусом сохранения подростком.

3. СП - результатуроподобия динамического баланса биосоциальных факторов риска и защитных (антиэтиологических) факторов. Набор факторов риска СП и защитных факторов сходен, но усиленный во отдельных случаях на личностном и популяционном уровнях.

4. Типовая психоэмоциональная (антиэтиологическая) помощь доступна и эффективна при наличии к особым возрастным защитным потребностям резервной группы суицидально-подростков и их близких с привлечением обученных кадров (профессионалов и «экспертов») и соответствующих ресурсов помощи, например, интернета.

5. Структура и функции местной (государственной) детской подростковой суицидологической службы в рамках широкой сети психиатрических учреждений подросткового населения должны быть усовершенствованы с опорой на концепцию функционального (спирального) и межведомственного взаимодействия. Целеобразно внедрение научно-практического опыта Нурно-практического центра профилактики суицидов и описанного в качестве основополагающего организационного в ФУБУ «НИИИД ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России в работу региональных интервенционных программ.

6. Многообразие социально-экономических факторов СП подростком может и должно быть выявлено при сравнительном дифференциальном лечебно-профилактическом подходе с комплексной эффективностью в повседневной практике.

Примеры зарубежных профилактических программ

Программы повышения осведомленности в отношении знаков и симптомов суицида: Signs of Suicide (SOS) (США) - проект нац. групповых дискуссий, научные знания в области нейробиологии, формирования и отработки навыков поддержки и обращения за помощью. *Суданская программа* выявляет факторы риска СП: подросткового депрессии, злоупотребления ПАВ, правовые политики суицида, самоопределенное поведение. Ключевое требование: система реагирования и специализированные учреждения для индивидуального консультирования по результатам скрининга. *Тренинг семейных «групп»* помогает учителям, школьным персоналу, подростковым врачам («Спроси, Убеди, Обратись за помощью» (Question, Persuade, Refer (QPR)). *Программа для сверстников*. Источники Силы (Sources of Strength) - универсальная программа, направленная на повышение волеи защитных факторов и снижение факторов риска (социальной изоляции и неэффективных навыков совладания). *Тренинг навыков CARE* (Care, Assess, Respond, Empower) - программа развития позитивных навыков подростков группы риска. CAST (Coping and Support Training) направлена на улучшение жизненных навыков и социальной поддержки. Good Behavior Game (GBG) - универсальная программа направлена на формирование позитивного климата в классе, развитие взаимной поддержки, разрешение проблем без агрессии.

Распознавание суицидальных рисков. Врачи первичной помощи должны быть обучены выявлению факторов риска СП. Однако большинство (77%) европейских врачей пренебрегают оценкой риска подросткового СП, несмотря на частоту (47%) подростковых суицидальных попыток в их практике.

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

Специальности отмечают повышение новых требований к компетенциям школьного психолога, в том числе в связи с оказанием экстренной помощи при кризисном состоянии. Предупреждение СИ обучаются составлять содержание будущей работы специалистов образовательной организации - представляющей администрацию, социально-психологический службы, заместителя директора по воспитательной работе, по безопасности. Вместе с тем, традиционно ответственность за организацию такой работы и ее результаты отделят педагог-психологу.

Основными видами профилактики СИ для педагог-психолога УО служат информационная работа с учителями и родителями, групповые занятия с обучающимися, диагностические мероприятия, направление обучающихся в их родителей в профильные медико-психологические организации. Необходимо обучение специалистов стандартным методикам выявления риска СИ в практике, предотвращении кризисных ситуаций и оказания неотложной помощи. С психологами-наставниками УО составляются планы реализации профилактических и психокоррекционных мероприятий по сопровождению подростков выявленной категории в группы риска.

Семья как зона неформальной профилактики. Выявление должностного уровня мероприятия, направленные на устранение источников семейного конфликта или стресса (смерть, развод родителей) как факторов риска СИ. ЦРПП подготовили материалы по ролевым играм по преодолению кризисных ситуаций, сборник вылетов и рекомендаций по профилактике СИ обучающихся для администрации, педагогов и психологов образовательных организаций Москвы.

Предостерегающие факторы риска СИ следующие.

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

Продолжало межличностное изучение СИ детей и подростков, интегрирующее данные генетики, молекулярной биологии, неврологии, физиологии, психологии и психиатрии.

Пока в центре внимания профилактики СИ школьники-городские, но «такие» дисфункциональные в группе к помощи (в активно отвечающие ее) сонные, в РФ - представители малых народов Севера и Дальнего Востока и северных территорий, не учащиеся и не работающие, маломобильные подростки, сироты и бездомные, инвалиды. Для проблемных групп высокого риска СИ в их близких особо важны возраст-специфичные пациент-центрированные мобильные и гибкие антикризисные службы: нового типа, обращенные к личностно-социальному восстановлению и развитию.

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

Рекомендации уточняют профессиональные ориентиры, определяют уровень качества работы, «прямые» номинальные случаи как *преимущественно предотвращение травмы смерти.* Сообщения обучающихся, согласно «рекомендационной практике», работников СМИ связывают риск suicidality при повышении осведомленности общества и побуждения лиц из группы риска к своевременному обращению за необходимой помощью. Развитие (уточнение) рекомендаций и их распространение с последующей оценкой результатов предполагает межпрофессиональное и междисциплинарное сотрудничество для достижения согласия специалистов в области охраны психического здоровья, организаторов служб здравоохранения и СМИ с привлечением юристов и представителей общественности.

Учителя и школьному персоналу, профессорам и ученикам, на 50% сократили суцицидальные попытки и частоту суцицидальных мыслей и планов, на 30% - случаи клинической депрессии. Результаты исследования семейной документации при горевании показали снижение риска СДП через 10-15 лет после вмешательства.

В ходе психодуального сезона, проведенного в 2016-2018 гг. ЦЭПШ МПШУ совместно подростково-молодежью 9-10 классов (n=250) из группы риска СДП, выявленного при скрининге, у 37% результаты скрининга не подтверждены в силу ситуационного эмоционального неблагополучия или снижения результатов подростками с нарастающими или ограниченными ресурсами, но в силу неустойчивости, неадекватности и низкого уровня дифференцированности переживаний, они вошли в группу консультативного психологического сопровождения на базе ОУ. Однако у 63% подростков выявлены признаки клинического неблагополучия. Из них 55% нуждаются в длительном психологическом сопровождении, а 8% рекомендована психиатрическая помощь. В подгруппе последних, исследуя суцицидальные намерения и пути, установлены впервые психиатрические диагнозы (МКБ-10) - большей частью депрессивных расстройств.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Организовать и апробировать результативности подросткового сектора суцицидальной помощи, с привлечением помощи суцицидологов и их близких, начиная с уровня Стратегии развития системы охраны психического здоровья в Российской Федерации до 2025 г., предусматривающей обеспечение необходимых условий для работы инновационных, ресурсоберегающих программ психопрофилактики, психореабилитации и психоприспособления, адресованных потребителям психиатрической помощи и населения в целом на разных этапах жизненного цикла человека.

2. Биологические: серотонинергические, норадренергические, дофаминергические дисфункции, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая гиперактивность.

3. Психологические: тенденции к агрессии, агрессивности, для импульсивности, безразличности, переживание себя как бременя для семьи, низкие самооценки, перфекционизм, отсутствие решительных или моральных ограничений против СДП, ригидность поведения самоидентификации.

4. Клинические: депрессивные, тревожные симптомы, отсутствие психиатрической помощи в первые три месяца психического расстройства, формализованное расстройство личности, злоупотребление ПАВ (часть как средство самоубийства), хронические соматические заболевания (особенно с ограниченными возможностями функционирования и хроническими болями синдромом), попытки самоубийства в последние полгода, семейная история самоубийств.

5. Стрессовые/травматические: истории фактического или сексуального насилия в детстве, потеря (смерть, развод) родителей до 11 лет; недавний утрата значимого близкого, скрываемый факт недавнего сексуального насилия, неразделенная любовь или расставание с любимым (любимой); неспособность справиться с трудностями учебной программой, несоответствие родительским ожиданиям; постоянные, эмоционально негативные конфликты в семье, со значимым окружением; трудности жизненных ситуаций (привлечение детей, дети из интернатов).

Дополнительными факторами риска СДП становятся самоубийство известных людей или лиц, которых подросток знал лично (самоубийства из подражания). Трактуемые СМИ сообщения о СДП могут привести к членораздельности в группе сверстников или семейной группе, которая, как зеркало, отражает стиль жизни или ценности личности суцициданта. СДП провоцирует вовлечение в сети, прослушивающие интернет сообщения,

пропагандирующие антинаркотичекие настроения и реализующие ценностные ориентиры.

Завершением десанта к фактам существования. Случай-контроль исследования показали четкую и последовательную связь наличия огнестрельного оружия дома и самоубийств подростков, особо в США. Хранение оружия разрешенным и запрещенным способом снижает риск СИ с его применением. Подчеркните необходимость исследования влияния строгих ограничений законодательства о контроле над оружием на снижение СИ подростком. Эффект ограничения доступа к огнестрельному оружию в США и Австралии частично нивелирован ростом самоубийств и отравлений автомобильными выхлопом. Намеренный переоснащение даже обычных жевательных резинок снижает риск самоубийств. Идт, по крайней мере, смертельность попытке. Ограничение продажи лекарств на одну покупку привело к снижению смертности от передозировки во Франции четверо по сравнению с Англией. Выделение биостероидов уличной торговлей в Великобритании связано с сокращением передозировок на 21%, серьезных - на 64%. Действительная установка барьеров и телефонное доверие на мостах и панфилах метро.

Работа со СМИ. Рекомендовано активно контролировать сообщения СМИ, чтобы оперативно противодействовать «сенсационным» статьям; проводить постоянные тренинги и информационные сессии для работников СМИ; включать СМИ в позитивную отчетность, например, историю успеха или устойчивости и кампании по борьбе со стигматизацией и повышению осведомленности. Актуальными являются «Юнионизм Сети» (сферат Панджков) - особа, распространяет в группе ее личные потребности (поддержка цифрового поколения), взаимодействие от тидной помощи. Актуальными являются сайты как действенные альтернативы просветительным все более востребованы в целях вторичной и третичной профилактики. Так, Сеть для лечения психических расстройств (e-mental health) - перспективный подход профилактики географических и / или

иные факторы взаимодействуют, повышая риск СИ, но стигма связывает, что многие нуждаются в помощи но обращаются за ней. Большинство суицидентов не попадают в поле зрения психиатрической помощи. Подростки лечатся в отделениях неотложной помощи, известные социальными и правоохранительными службами, попадают в психиатрическую систему, часто запоздало населения. Меньше полными жертвы суицида получают психиатрическую помощь, охватывающую ментально-социальными мероприятиями. Так, в США 7-20% подростков, жертв суицида, наблюдаются психиатром за 1-3 месяца до трагедии, чаще больше психиатрической.

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

Службы. Уровень и доступность ментально-социальной помощи суицидентам отличаются, отряжа национальные (местные) различия в доступе и стоимости услуг.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА

Актуальность терапии и реабилитация с позиции возрастного развития служат фактором улучшения эффективности, устойчивости позитивных терапевтических сдвигов, вовлеченности в лечение. При необходимости суицидентов, малозеротико, что подход «одни размер всемо» - неудачливый. Выявительская, экстремизирующие множественные контакты родственного поведения (книжного состоянии, семья, сверстники, учеба) служат широким и устойчивым эффектом. По паттернам данных, профилактические вмешательства, обращения к

телефонного консультирования в Японии. Мысли о суициде выявлены у 19% малолетних абонентов, суицидальные намерения у 1,6%, решение совершить суицид у 0,3%, текущий суицид у 0,6%, посетивших у 0,3%, физическая травма у 19%, сексуальная травма/насилие у 10%, сексуальное насилие/эксплуатация у 5,5%, физическое насилие в семье у 10%, психологическое насилие в семье у 6%, инцест у 4,5%, садизм, бляжки у 8,5%, неудовлетворенные значимыми потребностями у 6,5%, побег из дома у 7%.

Итак, имея часть звонков связана с СД детей и подростков, но большая часть – в связи с потенциально суицидальными факторами. На детском линии поступает в большое количество «ураганских звонков» врань для психически уязвимых абонентов. Действительной альтернативой ТД, но всегда доступных онлайн, становится актуализация сайта с онлайн консультированием.

КСДП разрабатывается в единичных регионах РФ. Обычно детей и подростков привлекают в офисы потоке посетителей, в худшем варианте, в кабинете суицидолога ПНД. В перспективе их следует открыть бизнес к интернету: в полилиниях, образовательных студиях, ПНД, колониях для несовершеннолетних, детских домах (интернатах).

Курсы для родителей (семейств) обычно заменяют школы и подростковые психологические отделения. Курсыный стандарт для подростков в Москве размещен в структуре психологического учреждения.

Научно-практический центр реформирования суицидов и оказания помощи несовершеннолетним – функциональное подразделение НИИД (НИИ им. В.П. Сербского (Приморское)).

Организационные в функциональные проблемы профилактики СД несовершеннолетних

Поколению СД – болезненные проблемы, о нем недостаточно сообщают в-за стигматизации, привнесения и сильных репрессивных систем учета и наблюдения. Социальные, психологические, культурные и

ситуационных барьеров профессиональной помощи, повышение самоуправления психиков, часть подростков с НС и СД активно использует интернет для поиска, связанных со здоровьем, пород с негативными эффектами (кибербуллинг).

Важнейшая (селективная) профилактика – поддержка переживающих кризис, ориентированных на решение актуальных проблем подростка с СД и стабилизации психического состояния.

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

Клиническая картина предрасполагающего кризиса определена следующими симптомами: «эмоциональная боль», «крайняя степень беспомощности с диссоциативными или сенсорными нарушениями», «острой инертности», «отважной несомненью», «отчужденности или значительное снижение социальной активности», «обязательные связи с близкими людьми». Особенно нужно обращать внимание на симптомы болезненной психической неустойчивости: «я не живу, а существую» и безадекватности, неадекватности проблем. По доступности порождают интеракцию «судимый» жертвы: «социальное поражение или личное угнетение», «просрайте себя бременем для других», «безадекватность». Выявленность ситуационных кризисов тесно связана с «эмоциональной болью», «ответными связями с близкими».

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

1. Относиться к нему жаркие серьезно и уважительно, вне зависимости от того, как ведет и что говорит подросток.
2. Верить, когда подросток говорит о самоубийстве, даже если это выражается в двусмысленно-шутливым СП.
3. Позволить подростку выразить чувства (гнев, гнев, отчаяние).
4. Выявлять и постоянно отслеживать свои переживания (страх, растерянность, раздражительность). Не давать волю своим чувствам, быть эмоциональным. Не заниматься самоанализом.
5. Не откладывать вопроса, связанные с просветительными мыслями о самоубийстве, на конец беседы, но не задавать до установления доверительных отношений.

Выявление потенциальных и актуальных факторов риска позволяет определить омерзительность и приоритет медико-психологической помощи. В первую очередь требуют внимания специалисты (школьной психологической службы, медработников) обучающихся с риском самоповреждающего поведения и признание кризисного состояния (безнадёжность, одиночество, депрессия, агрессивность). Разработаны алгоритмы стратегии сопроводительного обучения в зависимости от соотношения с оценочной группой риска.

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

Цели мероприятий для подростков, связанных с СП, можно представлять как уменьшение дистресса (свершение актуального кризиса) и предотвращение рецидива СП через поддержку и направление приверженности к медико-психологической. Термина сосредоточены на выявлении триггеров СП для планирования эффективного сопровождения с тактикой ситуационной в будущем. Обучение навыкам раннего решения проблем

Супервизорские службы

Набор супервизорских служб для подростков, основанных на принципах межведомственного (бюджетного) и межведомственного взаимодействия, формально соответствует концептуальной службе для взрослых (телефон доверия) (ТД), кабинеты социально-психологической поддержки, или КСП: кризисные стационары (отделения) при многопрофильных больницах, психиатрические отделения, отделение Привлечу Минздрава РФ от 06.05.1998 № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и ситуационными заболеваниями», но по содержанию работы в разном направлении принципиально отличаясь.

ТД, служба экстренной психологической помощи - средство помощи, которое и проточной профилактики СП, отвечает потребности связанных с самоубийством, улучшает их психическое состояние, не чья более неотложная ситуационная помощь, тем вероятнее отклонение к компетенции как к врачам. ТД снижает риск ситуационных попыток и их рецидивов; признан эффективно эффективной стратегией предупреждения СП.

С 2011 г. действует Общероссийский детский ТД с единичными общероссийскими телефонными номером. Работа линии детского ТД координируется Фондом поддержки детей в трудной жизненной ситуации. К 2017 г. к единому номеру колл-центра 229 организации по всей субъектах РФ; в 66 регионах детских телефонов доверия круглосуточные. С 2012 г. идет сбор информации, касающейся СП. Специалисты ТД помогают ребенку осознать ценность жизни, найти выход из жизненной ситуации, увидеть будущее во взрослой жизни: учебе, работе, семье, новостях и выборе партнера.

Кризисные обращения абонентов детского ТД ЦЭНП составляют около 5% звонков. Для сравнения, ситуационные случаи подростков с семейными проблемами - на пяти месте по частоте среди 11 категорий

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

- обучает навыки подготовки на их собственные чувства, возможности в связи с ситуацией, оказывает им (по их запросу) психологическую помощь (осознание, принятие, управление чувства, ситуационными ресурсом, формирование осознанного поведения). Педагог, успешно владеющий с психотерапевтической ситуацией, может ввести юниора в устойчиво благоприятных условиях для обучения ребенка.

Педагог информирует сотрудников ОУ и родителей о возможных реальных проблемах на трезву, о взаимосвязях с ним, ситуациями, когда взрослые могут справиться самостоятельно, когда, к кому и по какому адресу следует обратиться за профессиональной помощью. Педагогу на собраниях следует сообщить родителям учащихся сведения о психологической службе в школе, местное отделение центра.

В рамках коллективного сотрудничества Научно-практического центра профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних при НИИПЦ ПН им. В.П. Сербского и ЦЭИП разработана технология выявления и сопровождения несовершеннолетних с СП, обучающихся нерабочую, выходную и предвечернюю профилактику. Наименование системы профилактики СП подростков в образовательной организации предполагает формирование коллективной личности, педагогических работников, педагогов по распознаванию признаков СП. Так, на уровне первичной профилактики проводятся повышение компетентности педагогических работников (классных руководителей, педагогов-психологов) в области распознавания суицидального и самоповреждающего поведения, основывая (деривативы) методы работы.

способствует выявлению ситуаций высокого риска и поведенческих альтернатив СП, когда подросток сталкивается с трудными или тревожащими ситуациями. Профилактика речевых представлений может самоконтроле. Однако личность подростка не обладает заметной самостоятельностью, пребывая в «ловушке» с малой возможностью избежать дистресса нарушением семейной динамики или семейных систем. В результате задержка терпеливости в выживании возможностей повышения самоконтроля и самоконтроля с учетом естественных ограничений. В дальнейшем к контролю над терапевтической средой, будущие исследования должны касаться путей установления или установления у подростков чувства контроля и принятия решений, в отношении аспектов их среды, соответствующих уровню развития. Учетная роль сверстников как поддержки или фактора риска СП, трицикла терпеливости обращения и решению конфликтов.

Индикативная и интегративная профилактика

Лечение СП несовершеннолетних

Подростки лечатся посредством вынужденной выживаемости, первоначально раскрывающих для взрослых. На первом плане выявление и адекватное лечение наследственных расстройств, как депрессия, включая набор вмешательств нового поколения (СИОЗС), препараты первой линии, и психосоциальная терапия подростков и их близких; психотерапевтические подходы как краткосрочная (в отделениях неотложной помощи) когнитивно-поведенческая терапия (КПТ).

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

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

основания на осознанности, терапии принятия и ответственности. Психотерапевтические методы, нацеленные на эмоциональные расстройства несовершеннолетних, в частности, на депрессию, могут уменьшить СИ, но эффект предостережения, минимизации, часто не существенен. При этом стратегия осознания и их изменение служит именно в профилактике СИ. В рамках представленных действий важна работа с дезадаптивными формами копирования, установок с ними связанных и повышение положительных форм социального поведения. Индивидуальное обучение психологическим и межличностным навыкам снижает риск СИ подростком, как директивные поведенческие терапии (ДПТ), направленные на укрепление навыков межличностной эффективности, внимательности, стрессоустойчивости и регуляции эмоций адаптированы для подростков (ДПТ-А) в дополнение семейной терапии и обучения навыкам межличностного общения. ДПТ-А превосходит активный контроль в отношении суицидальных мыслей подростков. Долгосрочные эффекты после лечения копирования, так как ДПТ-А снижает риск суицидальных и рецидивных попыток при повторном наблюдении. Нерациональные когнитивные элементы долгосрочных результатов ДПТ-А для уменьшения рецидивных и суицидальных самоповреждений или их обхода.

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

котори и стига напознати, а также на стабилизацию ситуации. Распознавание СИ и его деэскалация важны для предотвращения повторных покушений на самоубийство в ближайшем или позднем постуицидальном периоде.

Использование консультирование родителей подростком не следует:

- 1) информирование о волевых и индивидуальных особенностях ребенка в критических ситуациях и способам взаимодействия с ними;
- 2) рекомендации по вопросам взаимоотношения с жителями;
- 3) информирование об имеющихся чужих экстремных и кризисных психологических услугах в городе (районе), телефонных номерах;
- 4) при необходимости психотравмы — оказание экстренной психологической помощи.

Взаимодействие с классными руководителями, друзьями подростков.

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

Психолог ОУ со специалистами медицинских организаций, интегрированных центров:

— информирует о признаках психологического неблагополучия, о наличии травматического события на психику ребенка (как о закономерности, так в возможных возрастных и индивидуальных реакциях, их динамике), о профессиональной помощи специалистов, работающих с травмой;

— рекомендует родителям и/или консультирует их по вопросам взаимоотношения с детьми, переживаниями данных событий. Повышение психологической компетентности сотрудников ОУ по

специально оценить, как психологическое состояние участников церемонии, так и ближайшие интеллектуальные окружение победителя. В целях доведения результатов исследований судом постанову желательно административной ОУ принять участие в подготовке информации по предмету, особенно представляющей для США.

Психолог ОУ со специализацией в психических организациях, антропологических психолог в первую очередь осуществляют первичную личностную психологическое состояние учащихся; проводят встречу с классом, в котором произошла случай (по необходимости может быть проведена беседа с несколькими классами). Групповая форма работы с детьми позволяет достичь следующих целей.

1. Оценить влияние людей или потенциальной угрозы для жизни как для самого человека, находящегося в критическом состоянии, так и его окружения.

2. Упорядочить информацию, выстроить последовательность событий.

3. Помочь лучше понять учащихся произошедшее, выявить потребности (это проблемы, отсутствующие факторы, послужившие последней каплей, глубинную причину, его чувства), организовать свои чувства, повысить взаимопонимание и доверие между учащимися, адаптироваться после случившегося, вернуть чувство самообладания, угнетенное равновесие.

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

Индивидуальная работа с подростком, создающими трудности-трудности (в посттравматический период). Консультирование должно быть сфокусировано на оценку индивидуальных намерений и обязательств биологических факторов о смерти, психических паники, ярости, агрессивности.

Исследованиями СИ исследователями. Специфически, биологическими «антипсихическими» препаратов пока не существует. Вместе с тем, бездумные могут улучшить краткосрочный контроль СИ. Лучший эффект в предотвращении СИ, но качество, обладает ли он биологическими антипсихическими эффектами. Использование антипсихических препаратов у больных психозами по сравнению с психотропами, которые не получают лечение, связано со снижением суцидальных. Ранее начало лечения первого эпизода психоза повышает уровень риска СИ. Открыт вопрос, является ли феномен суцидальности относительно независимым фактором, проявляемым до психоза, и связанным с личностными особенностями, злоупотреблением ПАВ, выраженностью агрессии. Отсутствие фармакотерапии или ее несоблюдение, самовольный отказ от лечения значительно увеличивает риск суцидальной паники. Суцидальный риск связан со стрессогенными комплексами действия нейротропиков. Достоверны данные об антипсихической эффективности антипсихотропов, особо клоzapин. Клоzapин – единственный препарат, рекомендованный больным шизофренией с выраженными и стойкими СИ.

Управление по контролю за продуктами и лекарствами США (FDA) провело объединенный анализ 24 краткосрочных (4-16 недель) пилотируемых контролируемых испытаний антидепрессантов (включая СИОЗС) у детей и подростков с легкой/средней депрессией и другими психическими расстройствами и обнаружил повышенный риск СИ (суцидальные мысли или попытки). Среди 4400 несовершеннолетних, лечившихся антидепрессантами, не отмечено суцидальных, но риск суцидальных мыслей и попыток самоубийства повышен (4 против 2% соответственно). В ходе FDA «черную метку» антидепрессантам нового поколения, не разрешенным в Европе для лечения депрессивных и тревожных расстройств детей и подростков.

Однако эмпирические исследования отмечают в последние десятилетия обратную связь УС и нарастающей депрессивности. Согласно данным ВОЗ, УС подростки в возрасте 15-24 лет снижались на треть в 15 странах. После редуциции депрессивных симптомов у подростков, лечивших СИОЗС, не было роста суицициальных мыслей, но их риск особо высок в первую неделю лечения. Поэтому в начале антидепрессивной терапии детей и подростков, имеющих суицицидальный риск, рекомендуется осматривать повторно через неделю после назначения препарата в более доступное время, но так же, пока риск СИ не потеряет клиническую актуальность. Доказательств, что СИОЗС снижает СИОЗСН не получено. В итоге специалистами предлагается ориентироваться на данные большинства современных исследований, которые утверждают, что применение СИОЗС не сопряжено с суицицидным риском в большей мере, чем «классические» (трициклические) антидепрессанты.

Экстреморедукционная терапия в ее «туманнопрозрачном» варианте клинических рекомендаций рассматривается терапией первого выбора для депрессивных пациентов раннего возраста с высоким риском суицида

Пестянина («стретичная» профпактвия)

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

Цели и задачи кризисной психологической помощи после суицида в школе: снижение напряженности острого стрессовых реакций у пострадавших (учащиеся и их родители, педагоги, администрация образовательного учреждения), активизация их актуального личностного состояния, профилактика негативных эмоциональных реакций и рецидивов СИ

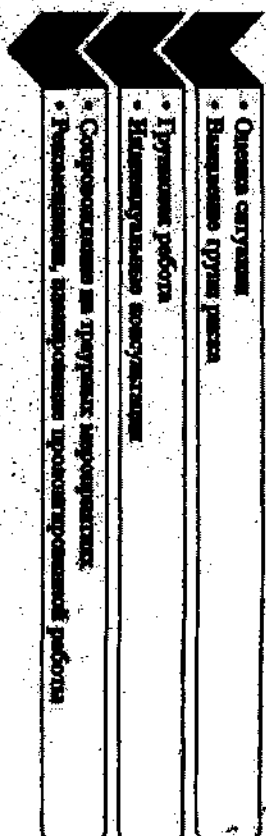


Рис. 1. Этапы социально-психологического сопровождения окружения близких жертвы суицида и предотвращение подражательных суицидов

Установочные моменты психолога с ответственными лицами, сбор информации, оценка ситуации. На этом этапе психолог взаимодействует с администрацией, классными руководителями, социальным педагогом, родителями; оценивает ресурсы по назначению группы риска и оперативно расширяет психологической помощи. Психолог или администрация образовательного учреждения (ОУ) могут самостоятельно обратиться за помощью в организации, оказывающие медицинскую, психологическую, социальную, правовую и иные виды помощи. При поступлении запроса специалистами психологических подразделений некоторых центров взаимодействуют с администрацией ОУ, далее — со всей системой ОУ, устанавливается контакт, собирают предварительную информацию о ситуации, состоянии учащихся, группах, задействованных в данной ситуации (дети, родители, учителя), о предпринятых мерах, уточняют запрос, определяют совместно с администрацией и психологом ОУ антикризисный или (действий) с каждой группой, осуществляют психологическое сопровождение субъектов образовательной среды в кризисной ситуации. При проведении следственных мероприятий в ОУ необходимо психологическое сопровождение участников образовательной среды, задействованных в этих мероприятиях.

По необходимости психолог участвует в психологическом обеспечении трудных мероприятий (на выездно), что дает возможность