

**Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»
Институт детской психиатрии**

А.В. Куликов, А.А. Коваль-Зайцев, М.В. Иванов, Т.Е. Блинова

Технология лечения

**ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО
ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Методические рекомендации

**Москва
ФГБНУ РНЦПЗ
2026**

УДК 616.89

ББК 56.14

А.В. Куликов, к.м.н., заведующий отделом психиатрии раннего детского возраста Института детской психиатрии

А.А. Коваль-Зайцев, канд. психол. наук, заведующий отделом клинической психологии, психотерапии и медико-социальной реабилитации Института детской психиатрии

М.В. Иванов, канд. психол. наук, доцент, ведущий научный сотрудник отдела клинической психологии, психотерапии и медико-социальной реабилитации Института детской психиатрии

Т.Е. Блинова, научный сотрудник отдела детской психиатрии Института детской психиатрии

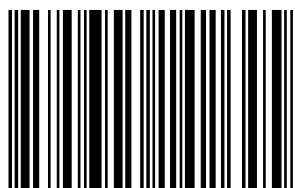
Персонализированная терапия суицидального поведения при эндогенных заболеваниях у детей и подростков: Методические рекомендации / А.В. Куликов, А.А. Коваль-Зайцев, М.В. Иванов, Т.Е. Блинова. М.: ФГБНУ РНЦПЗ. – 2026. – 18 с.

Разработанные рекомендации дают возможность оптимизировать диагностические подходы к детям и подросткам с суицидальным поведением при эндогенных заболеваниях с помощью выделения вариантов суицидального поведения, которые отражают клинко-психопатологическую характеристику состояний пациентов, феноменологические особенности суицидального поведения и роль в его формировании внешних факторов (степень тяжести психотравмирующей ситуации, её специфичность), а также несут информацию о величине суицидального риска, позволяют дифференцировать терапевтическую тактику. В зависимости от варианта суицидального поведения отмечается разное соотношение роли психогении и психотических факторов в развитии внешних форм суицидального поведения.

Настоящее методическое пособие предназначено психиатров, психотерапевтов и клинических психологов.

Технология утверждена Ученым советом ФГБНУ РНЦПЗ (протокол № 8 от 22 октября 2025)

ISBN 978-5-6051426-4-5



9 785605 142645 >

© ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья», 2026

© Коллектив авторов, 2026

Введение

Определение вариантов суицидального поведения (СПВ) при эндогенных заболеваниях у детей и подростков является актуальной проблемой в детской и подростковой психиатрии, в связи ростом этой патологии в последние десятилетия, трудностями ее диагностики и лечения, в ряде случаев в связи со склонностью больных к диссимуляции, несвоевременностью обращения к специалистам и сложностью решения вопросов социализации этих пациентов, нормализации внутрисемейных взаимоотношений, когда это необходимо.

СПВ — это процесс, являющийся следствием сложного взаимодействия биологических, психологических, клинических, социальных, этнокультуральных и стрессовых (ситуационных) факторов. На сегодняшний день доминирующей и признаваемой большинством специалистов является позиция, сформулированная ВОЗ в докладе «Предотвращение самоубийств, глобальный императив (2014): «Доля лиц с психическими расстройствами среди суицидентов достигает 90%, а среди 10%, не имевших четкого диагноза, наблюдаются психические отклонения, характерные для лиц, совершающих суицид». Психические расстройства у суицидентов в большинстве своем впервые выявляются лишь в результате совершения им суицида. Наиболее суицидоопасными являются аффективные расстройства (депрессии), шизофрения, алкогольная зависимость, расстройства личности [1].

Подростковый возраст знаменует начало и быстрое развитие многих психических расстройств, способствующих риску самоубийств [2]. Психические расстройства у суицидентов в большинстве своем впервые выявляются лишь в результате совершения ими суицида [1]. Суицид - третья по частоте причина смерти в возрасте 10-19 лет в мире [3]. На каждую смерть от самоубийств подростков приходится 50-100 попыток [4].

По данным СК РФ [5] в России число детских самоубийств: 2018 год – 788, 2019 год – 737, 2020 год – 548 (-30,4 % к 2018 год), 2021 год – 753 (+37,4 % к 2020 г.).

Число попыток суицида среди несовершеннолетних: 2019 год – 3253, 2020 год – 3051, 2021 год – 3675 (2019-2021 гг. увеличение почти на 13%).

Число повторных попыток суицида: 2019 год – 188, 2020 год – 296, 2021 год – 362 (2019-2021 гг. увеличение на 92,5 %).

К СПВ относят любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни. Внутренние формы — это этапы антивитаальных переживаний, суицидальных мыслей, суицидальных тенденций - замыслов и намерений, высказываний, угроз, а к внешним формам относят суицидальные жесты, суицидальные попытки и завершённые самоубийства [6-11]. Нежелательно использовать понятие «демонстративно шантажная суицидальная попытка» [12].

СПВ и депрессия имеют у детей и подростков свои возрастные особенности. К особенностям суицидального поведения в детско-подростковом возрасте [13] относят:

1) недостаточно адекватную оценку ими последствий аутоагрессивных действий вследствие несформированности представления о необратимости смерти. В практических целях это заставляет рассматривать все виды аутоагрессии в этом возрасте как разновидности суицидального поведения;

2) несерьёзность и незначительность (с точки зрения взрослых) мотивов, которыми дети и подростки объясняют свои попытки самоубийства;

3) суицидальные попытки (СП) в этом возрасте, в отличие от взрослых, не имеют прямолинейной зависимости от наличия и характера психопатологической симптоматики. В соотношениях этих двух факторов чрезвычайно важная роль принадлежит опосредующему влиянию окружающей среды, а также

4) наличие взаимосвязи самоубийств и попыток детей и подростков с некоторыми видами девиантного поведения.

Следует отметить, что для детей, больных шизофренией, психотравмирующие ситуации патогенетически имеют высокое значение, однако подобные ситуации возникают у них чаще всего в связи с неадекватной, патологической оценкой событий и отношений, преломляясь через призму процессуальных расстройств мышления и эмоционального реагирования [14].

Депрессия также имеет у детей и подростков свои возрастные особенности, её нередко «атипичный» характер затрудняет и отдаляет диагностику, а несвоевременное и неадекватное лечение ведёт к утяжелению симптоматики, резистентности к терапии,

появлению суицидальных тенденций. Так, в клинической картине депрессий в этом периоде наряду с типичными проявлениями данного синдрома наблюдаются и сугубо возрастные признаки, которые могут маскировать истинно-депрессивный характер состояния, а, следовательно, и недоучитываться как показатели суицидальной опасности [15, 16, 17].

Разработанная клиническая типология вариантов СПВ при эндогенных заболеваниях у детей и подростков способствует клиническому и нозологическому разграничению, позволяет на практике определять степень риска совершения СП или повторения суицидальных действий, а также дифференцировать терапевтическую тактику.

Технология определения вариантов суицидального поведения при эндогенных заболеваниях у детей и подростков с целью выявления прогноза для разработки персонализированной тактики лечебных и диагностических мероприятий

Показания и противопоказания к применению метода

Показания: технология может применяться для определения варианта СПВ с целью выявления прогноза для разработки персонализированной тактики лечебных и диагностических мероприятий у детей и подростков (5-17 лет), которые наблюдаются с диагнозами «Шизофрения», «Шизотипическое расстройство», «Депрессивный эпизод», «Циклотимия» (F20, F21, F32, F34.0 согласно МКБ-10). Технология предназначена для улучшения помощи указанной группе пациентов и оптимизации практической работы специалистов.

Предложенная методика предназначена для врачей психиатрических стационаров, для психиатров амбулаторного звена, может использоваться также психотерапевтами и клиническими психологами, а также в образовательном процессе при повышении квалификации специалистов. Диагностика клинических разновидностей вариантов суицидального поведения при эндогенных заболеваниях у детей и подростков позволяет выделять варианты суицидального поведения, которые отражают клинко-психопатологическую характеристику состояний пациентов, феноменологические особенности суицидального поведения и роль в его формировании внешних факторов (степень тяжести

психотравмирующей ситуации, её специфичность), а также несут информацию о величине суицидального риска, дают возможность дифференцировать терапевтическую тактику и указывают на разное соотношение роли психогении и психотических факторов в развитии внешних форм суицидального поведения.

Противопоказания: технология не может использоваться у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения вследствие употребления психоактивных веществ.

Описание технологии

В ходе клинико-психопатологического обследования пациентов детско-подросткового возраста с эндогенными заболеваниями при наличии в анамнезе, жалобах пациента либо его родителей/опекунов различных форм СПВ, необходимо провести качественный анализ данных осмотра с уточнением сведений о имевшихся ранее и в настоящее время различных формах СПВ, их связи с течением эндогенного заболевания и психогениями.

Формы СПВ:

к суицидальному поведению относят любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни. Формы суицидального поведения – это варианты проявлений суицидальной активности.

Внутренние формы – это этапы антивитальных переживаний, суицидальных мыслей, суицидальных тенденций (замыслов и намерений), высказываний, угроз, а к внешним формам относят суицидальные жесты, суицидальные попытки и завершённые самоубийства [6-11]. К внутренним формам суицидального поведения следует относить и вербальные проявления суицидальной активности [6].

Антивитальные переживания – это размышления, фантазии о бессмысленности, «ненужности» жизни без четких представлений о собственной смерти.

Пассивные суицидальные мысли характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не оформляется в осознанное желание лишения себя жизни как варианта самопроизвольной активности.

Суицидальные тенденции (замыслы и намерения) - это прямые или косвенные показатели, свидетельствующие о снижении ценности собственной жизни, об утрате смысла жизни, о нежелании

жить. Суицидальные замыслы - активная форма суицидального поведения, проявляющаяся в осознанной тенденции к самоубийству, глубина которой нарастает параллельно степени разработки плана реализации суицидальной активности (продумываются способы, время, место, дополнительные условия осуществления суицидальных действий). Суицидальные намерения - активная форма суицидального поведения, предполагает присоединение к замыслу решения и волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешнее поведение.

Суицидальные жесты - действия, обусловленные потенциально аутодеструктивными тенденциями личности, но без риска причинения себе значительного вреда («демонстративно-шантажное суицидальное поведение» [6]; «демонстративное суицидальное действие» [18]; «демонстративно-шантажные аутоагрессивные действия» [11]).

Суицидальная попытка (парасуицид) – это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью [6].

Следует указать, что самоповреждения (или членовредительство) и СПВ у взрослых относят к разным формам аутоагрессии. Критерием их разграничения у взрослых является то, что в отличие от СПВ, самоповреждения не направляются представлениями о смерти, цель их ограничивается лишь повреждением того или иного органа, например, для того, чтобы испытать физическую боль в периоды аффективных разрядов, либо отражают стремление ухода из ситуации и может быть охарактеризовано как опасное для жизни поведение [9]. Однако в детско-подростковом возрасте в связи с недостаточно адекватной оценкой ими последствий аутоагрессивных действий вследствие несформированности представления о необратимости смерти в практических целях целесообразно рассматривать все виды аутоагрессии в этом возрасте как разновидности СПВ [13].

В итоге клинико-психопатологического, патопсихологического обследования пациента у психиатра должна сформироваться общая картина конкретного эндогенного заболевания с проявлениями СПВ, с учетом психосоциальных и семейных факторов.

В Институте детской психиатрии ФГБНУ РНЦПЗ были выделены четыре варианта СПВ у детей и подростков с эндогенными

заболеваниями: «психопатоподобный», «собственно депрессивный», «неврозоподобный (обсессивный)», «психотический».

При самом частом «психопатоподобном» варианте в клинической картине доминируют раздражительность, дисфория, конфликтность, возбудимость, истероформность, патология влечений, отказ от выполнения уроков и посещения школы; преобладают пациенты мужского пола. На высоте психопатоподобного возбуждения больные часто (60%) проявляют агрессию к родным, совершают разрушительные действия, разбрасывая и ломая предметы (24%).

У больных данного варианта преобладает дисфорический аффект, который играет значительную роль в развитии ажитированных состояний с усилением на этом фоне суицидальных мыслей, появлением агрессии и самоагрессии, суицидальных угроз, демонстративных суицидальных действий и попыток. Суточные колебания настроения чаще носят характер «двойного ухудшения»: преобладающая в утреннее время депрессивная заторможенность к вечеру сменяется раздражительностью и взбудораженностью за счёт усиления психопатоподобных расстройств.

Как правило, суицидальные действия возникают в ответ на незначительно выраженную, но субъективно значимую психотравмирующую ситуацию. Чаще провоцирующими факторами становятся адекватные требования, порицание или запреты родственников, при этом суицидальные действия совершаются в течение короткого промежутка времени, без длительного планирования и проработки суицидальных планов, в присутствии родственников или обидчиков, чаще в вечернее время, и носят демонстративный характер.

Особенности СПВ в этой группе больных заключаются в преобладании таких форм как самоповреждения, антивитальные высказывания, суицидальные угрозы и суицидальные действия. У больных на фоне ссор и конфликтов с родителями дома возникает возбуждение с дисфорией, агрессией, совершением разрушительных действий. Больные на фоне ажитации наносят себе самоповреждения, угрожают самоубийством, обвиняют родителей в ненужности им, берут острые предметы, угрожая причинением себе вреда, реже – предпринимают попытки выброситься из окна, но обычно удерживаются родственниками. После подобных

возбуждений нередко возникают идеи вины, больные раскаиваются в агрессии, проявленной к родным, отмечаются суицидальные высказывания.

У 20% больных суицидальные действия расцениваются как прерванная СП, при этом у 40% из них СП возникают неоднократно. По способу осуществления преобладают СП путём падения с высоты.

Необходимо отметить, что помимо действий суицидальной направленности большинство (64%) больных наносят себе самоповреждения: бьются головой о стену, об пол, бьют себя по голове, по всему телу, реже - наносят поверхностные самопорезы, царапины. Данные аутоагрессивные действия свидетельствуют об усилении тяжести психопатоподобных расстройств.

Клиническая картина «собственно депрессивного» варианта в наибольшей степени определяется аффектом. Встречается в 2 раза чаще у пациентов мужского пола. Тимический компонент депрессивной триады в основном представлен тоскливым настроением с дисфорическим оттенком и проявляется плаксивостью, ощущением безрадостности существования и безнадежности. У подростков данные явления сопровождаются ощущениями тяжести за грудиной, «боли в душе». Выявляются идеи собственной малоценности в виде переживаний, высказываний о своих низких способностях, неудачливости. Идеи вины представлены как в виде самоосуждающих переживаний и высказываний, так и с «вектором вины» (вектор дисфории с идеями обвинения) направленным вовне, что проявляется чувством собственной ненужности родным, «заброшенности», недовольством окружающими. Суточные колебания настроения отмечаются у всех больных с преобладанием ухудшения в утренние часы за счёт большей выраженности депрессивной триады.

Интенсивность суицидальных намерений при данном варианте наиболее отчетливо определяется тяжестью аффективного напряжения, а также выраженностью других проявлений депрессии (идей малоценности и вины). Нарушения поведения, снижение настроения и отказы от школьных занятий инициируют конфликты с родителями, одноклассниками и учителями, что тяжело переживается пациентами и приводит к появлению суицидальных мыслей. Характерным является длительное формирование СПВ на фоне психотравмирующей ситуации.

Провоцирующие факторы, носящие объективно значимый характер, играют значительную роль в принятии больными суицидального решения и совершении СП, которые планируются и совершаются либо в одиночестве, либо окружающие знакомые лица не ставятся в известность о суицидальной направленности производимых действий.

Особенность СПВ в этой группе больных заключается в том, что обычно суицидальные мысли и замыслы, которые больные активно не высказывают (или им не придается должного внимания и значения), существуют в течение длительного времени. Реже (22%) отмечается острый пресуицид, когда суицидальное решение, со слов пациентов, «пришло неожиданно».

В большинстве (61%) случаев СП неожиданны для окружающих, суицидальные высказывания появляются только в постсуицидальном периоде. Только при этом варианте больные оставляют «прощальные» записки, адресованные родителям (треть случаев).

СП в этой группе совершает большинство больных (85,7%), из них в трети случаев - неоднократно.

Больные в большинстве (61%) случаев пытаются отравиться лекарственными средствами, используя один или комбинацию препаратов, либо другими химическими веществами, реже пытаются реализовать суицидальные намерения путём самоповешения или самоасфиксии (17%), падения с высоты (11%), повреждения вен или автотравмы (по 5,5%).

При «неврозоподобном (обсессивном)» варианте клиническая картина определяется сочетанием аффективных расстройств с тревогой, обсессивной и соматовегетативной симптоматикой, расстройствами сна и аппетита. Характерен для пациентов обоего пола. Депрессия протекает с идеаторными навязчивостями - антивитальными переживаниями и суицидальными мыслями по типу депрессивных руминаций. Обсессивная симптоматика, как правило, связана с проявлениями тревожной депрессии, навязчивые антивитальные и суицидальные мысли усиливаются на высоте тревожно-депрессивного аффекта.

Тимический компонент депрессивной триады представлен подавленным настроением с тревогой, дисфорией, временами

маскирован соматовегетативными нарушениями. Обычно выявляются суточные колебания настроения. В половине случаев состояние хуже в утренние часы за счёт большей выраженности депрессивной заторможенности, в другой половине случаев состояние ухудшается в вечерние часы за счёт усиления депрессивного аффекта, тревоги и интенсивности навязчивых суицидальных мыслей, появления двигательного возбуждения.

СП имеют видимую связь с предшествующей психогенией менее чем в половине (43%) случаев, провоцирующим фактором становится ссора с родителями дома, конфликт в школе. СП не носят демонстративный характер, нельзя охарактеризовать их и как неожиданные. Риск повторения СП в течение ближайшего времени здесь самый высокий среди всех вариантов. В подавляющем большинстве (86%) случаев суицидальные тенденции сохраняют в постсуицидальном периоде высокую степень актуальности - больные не отрицают возможность повторения СП, активно высказывают суицидальные мысли или угрозы.

Главной отличительной особенностью СПВ для больных этой группы является навязчивый характер антивитаальных переживаний и суицидальных мыслей, интенсивность которых возрастает как на фоне ухудшений в психическом состоянии, так и на фоне психогений, что в большинстве случаев приводит к реализации суицидальных действий.

При утяжелении депрессии и углублении тревоги усиливается интенсивность навязчивостей, на высоте депрессивного состояния они могут приобретать свойства овладевающих представлений.

Суицидальные высказывания или угрозы в большинстве (71%) случаев присутствуют уже в периоде до совершения больными СП, однако от появления суицидальных высказываний до попыток реализации суицидальных намерений проходит совсем немного времени, около 2 недель.

СП попытки совершают большинство (77,7%) пациентов. Почти все из них (85,7%) совершают неоднократные СП - по 2-3 и более, что говорит о тяжести СПВ в этой группе пациентов. Особо следует отметить, что у большинства больных с неоднократными СП в анамнезе между попытками самоубийства проходит короткий промежуток времени, как будто больные не могут себя остановить. Нередки высказывания больных о том, что они не вполне отдавали

отчёт своим поступкам и контролировали их во время совершения суицидальных действий.

Обычно больные пытались реализовать суицидальные намерения при совершении СП путем отравления лекарственными препаратами и различными химическими веществами (72%), падения с высоты (14%) и самоасфиксии (14%). Способы совершения СП в дальнейшем были разнообразными, иногда - вычурными. Самоповреждения в этой группе отмечаются у 22% больных уже в постсуицидальном периоде.

Клиническая картина при самом редком «психотическом» варианте определяется бредовой и галлюцинаторной симптоматикой, имеющей депрессивную окраску, на высоте аффекта достигавшей ажитации с тревогой, страхом, растерянностью и сопровождавшейся действиями суицидальной направленности на высоте психотических расстройств: при преобладании бредовых расстройств - на высоте острого чувственного бреда, при преобладании галлюцинаторных расстройств - под воздействием императивных вербальных галлюцинаций. При этом тематика суицидальных переживаний прослеживается в содержании психотических расстройств, а депрессия не играет ведущей роли в развитии СП. В 4 раза чаще встречается у пациентов женского пола.

К особенностям этих состояний можно отнести яркость, чувственность переживаний, многосимптомность при фрагментарности, изменчивости симптоматики, в том числе и аффекта, а также их непродолжительность. Выявляются бредовые идеи вины, направленные на родителей, в отдельных случаях - бред чужих родителей. Депрессивная триада характеризуется дисгармоничностью и атипичностью проявлений. Тимический компонент депрессивной триады представлен аффектом растерянности с тревогой, дисфорией. В большинстве (80%) случаев выявляются суточные колебания настроения, состояние обычно ухудшается во второй половине дня за счёт усиления психотической симптоматики с ажитацией, тревогой либо дисфорией. В эти моменты отмечаются самоповреждения, суицидальные высказывания и попытки.

Различные формы СПВ развиваются при ухудшении психического состояния обычно в течение короткого времени. Суицидальные действия неожиданны для родственников,

совершаются как дома, так и вне него и не имеют связи с острой психогенией. Суицидальные тенденции в постсуицидальном периоде сохраняют высокую степень актуальности.

Риск СП у пациентов чрезвычайно высок, риск повторной СП до 60%. Способами реализации суицидальных намерений могут быть повреждение вен (40%), отравление психотропными препаратами (20%), утопление (20%), падение с высоты (20%).

У 40% больных выявляются также самоповреждения, свидетельствующие об утяжелении продуктивной психопатологической симптоматики.

Таким образом, от первого варианта к четвертому снижается частота встречаемости, снижается роль острой психогении (психической травмы) в развитии внешних форм СПВ, увеличивается роль психотических факторов и возрастает тяжесть СПВ (рис. 1).

Рисунок 1

ЗАКОНОМЕРНОСТИ В РАЗВИТИИ СПВ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВАРИАНТА

1. Психопатоподобный  **4. Психотический**

- **Снижается частота встречаемости**
- **Снижается роль острой психогении (психической травмы) в развитии внешних форм СПВ**
- **Увеличивается роль психотических факторов**
- **Возрастает тяжесть СПВ.**

По итогам клинико-психопатологического, патопсихологического обследования каждого пациента, с целью планирования дальнейшей медико-социальной помощи, врачу психиатру необходимо проанализировать психосоциальные факторы и мотивацию суицидальных действий.

Необходимо учесть роль хронических психотравмирующих ситуаций и острых психогений (психических травм), а также мотивация суицидальных действий.

Хроническую психотравмирующую ситуацию у пациентов определяют следующие основные причины:

1. Длительная дезадаптация вследствие имеющегося эндогенного заболевания. Нарушения поведения и настроения, снижение продуктивности в учебной деятельности вызывают негативную реакцию у ближайших родственников пациентов. Также больные испытывают непонимание и недоброжелательное отношение со стороны сверстников, в некоторых случаях и со стороны учителей. Значительные трудности при обучении выявляются более чем у половины (64%) пациентов школьного возраста, что само по себе является стрессовым фактором, дети переживают свою несостоятельность.

2. Неблагоприятная семейная обстановка, не связанная с болезнью ребёнка. Неполюбовное воспитание, наличие психических расстройств у ближайших родственников, с которыми дети постоянно общаются, создают неблагоприятную домашнюю атмосферу и способствуют депривации детей в семьях.

Острые психогении заключаются чаще в ссоре с родными обычно из-за проблем в обучении или из-за нарушений поведения, психотравмирующими становятся конфликты и ссоры с одноклассниками или учителями в школе. Часто в течение короткого промежутка времени (1-1,5 нед.) происходит сразу несколько инцидентов.

Хронические психогении играют значительную роль в развитии СПВ, а острые психогении провоцируют суицидальные действия.

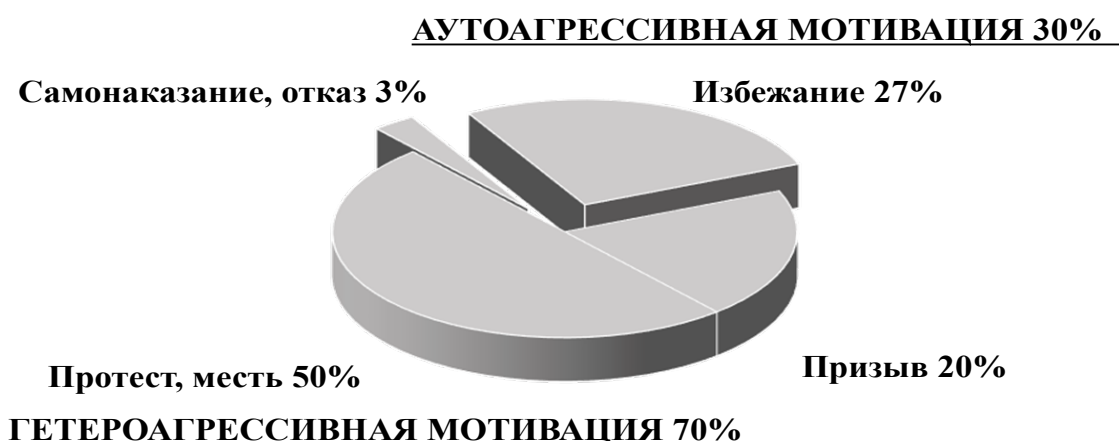
Необходимо отметить, что попытка упорядочить мотивы детей и подростков с эндогенными заболеваниями, совершивших суицидальные попытки, достаточно схематична и отражает лишь часть поверхностно лежащих причин, толкавших детей и подростков совершить СП. В ситуации каждого больного переплетаются много разных факторов: само наличие психического заболевания, нарушенные внутрисемейные отношения, а также проблемы с учёбой и общении со сверстниками.

В большинстве случаев можно отметить явное или замаскированное стремление детей и подростков с СПВ обратить на себя внимание окружающих, что позволяет относиться к суицидам как своеобразному «крику о помощи».

Для пациентов, совершающих СП преимущественно по непсихотическим мотивам (86%), ведущей мотивацией является гетероагрессивная - 70% случаев, аутоагрессивная мотивация выявляется реже - 30% случаев. В развитии 14% суицидальных попыток ведущая роль принадлежит психотическим мотивам (рисунок 2).

Рисунок 2

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ, СОВЕРШЕННЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПО НЕПСИХОТИЧЕСКИМ МОТИВАМ



В соответствии с типологией мотивов СПВ,
А.Г.Амбрумова, В.А.Тихоненко, 1978

Возникающие у детей и подростков с эндогенной патологией любые проявления СПВ требуют к себе повышенного внимания со стороны специалистов. Любые внешние формы СПВ должны приводить к детальному изучению причин их возникновения, с адекватной оценкой роли психопатологических и психогенных факторов в мотивах СПВ.

Направленность реабилитационной программы по отношению к детям и подросткам с эндогенными заболеваниями и СПВ

заключается в проведении комплексной терапии - психофармакотерапии и адекватных психосоциальных воздействиях, что в свою очередь останавливает развитие и усложнение СПВ, способствует профилактике повторных суицидальных действий.

Особенность курации таких пациентов в стационаре заключается в необходимости усиленного наблюдения за ними, а в случаях, когда больные поступают после совершённых СП, активно высказывают суицидальные мысли, подтверждают суицидальные намерения, необходимым является перевод на строгое наблюдение.

Немаловажным фактором является достижение доверительных отношений между врачом, психологом и пациентом, что способствует проведению терапевтических и социально-реабилитационных мероприятий, обеспечивает формирование у больного положительной установки на лечение.

Основным принципом лечения детей и подростков с эндогенными расстройствами и СПВ является используемый в психиатрии синдромальный принцип лечения, при отсутствии специальной терапии, прямо направленной на купирование суицидальной активности [19].

Лечение эндогенного заболевания проводится в соответствии с клиническими рекомендациями (при их наличии), при этом в соответствии с п. 15 ст. 37 «Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи» Ф3 N 323-ФЗ от 21.11.2011 [20]: «Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии».

Ввиду полиморфности симптоматики, а также наличия выраженных аффективных нарушений и расстройств поведения, применяется комбинированная терапия с активным использованием различных классов психотропных средств - антидепрессантов, нейрорепарантов, нормотимиков и транквилизаторов. Выбор психотропного средства при лечении детей и подростков

осложняется возрастными ограничениями по использованию у многих препаратов.

Важно отметить, что среди антидепрессантов предпочтение отдается препаратам со сбалансированным или седативным эффектом, а также их сочетанию с нейролептическими или нормотимическими средствами для исключения стимулирующего эффекта и увеличения вследствие этого суицидального риска.

В дополнение к антидепрессантам, в связи с наличием не купируемой ими полиморфной симптоматики, применяются нейролептики. Среди нейролептических средств, в зависимости от симптоматики и активности процесса, предпочтение отдается препаратам с выраженным антипсихотическим либо седативным действием (часто используется их сочетание). При назначении нейролептической терапии приоритетным является назначение средств с высокой эффективностью и низкой частотой развития побочных эффектов.

Введение небольших доз транквилизаторов требуется в начале терапии при нарушениях сна, тревожности и страхах.

С нейролептическими препаратами, требующими коррекции возможных побочных эффектов, назначаются холинолитические средства («корректоры»), по мере возможности - обычно уже после стабилизации психического состояния проводятся курсы витаминно-и ноотропотерапии. В соответствии с клиническими рекомендациями, необходимо выполнение ряда обследований до начала и во время приема психофармакотерапии.

Лекарственные средства назначаются индивидуально и вводятся в схему постепенно (для мониторинга развития терапевтического эффекта и возможных побочных действий). Для лечения пациентов используются индивидуально подобранные дозы препаратов, при оптимальном подборе которых побочных эффектов от проводимой терапии обычно не отмечается.

Терапевтическое воздействие у больных с психопатоподобным вариантом направлено на коррекцию нарушений поведения и аффективных расстройств. Обычно используется сочетание нейролептика с достаточно выраженным антипсихотическим действием с нейролептиками седативного действия. Аффективные нарушения купируются назначением нормотимических (нередко в виде таблеток пролонгированного действия) и антидепрессивных средств.

Больные выписываются на поддерживающей схеме, в которую в зависимости от симптоматики входят чаще 1-2 нейролептических препарата (с выраженным антипсихотическим действием и с седативным действием) обычно в сочетании с нормотимиком или антидепрессантом: нейролептик + нейролептик или нейролептик + антидепрессант + нормотимик, в ряде случаев используются следующие комбинации: нейролептик + нейролептик + нормотимик, нейролептик + антидепрессант.

У больных с собственно депрессивным вариантом терапевтическое воздействие направлено на коррекцию депрессивных нарушений и расстройств поведения. Антидепрессант комбинируется с нейролептиком, имеющим достаточно выраженное антипсихотическое действие, а также с нейролептиком седативного действия либо нормотимиком.

Больные выписываются на поддерживающей терапии, куда обычно входят нейролептик + антидепрессант или нейролептик + нормотимик, либо нейролептик + антидепрессант + нормотимик.

Терапевтическое воздействие при лечении больных с невротоподобным (обсессивным) вариантом направлено на идеаторные навязчивости и аффективные нарушения. Применяются нейролептик с антипсихотическим эффектом в комбинации либо с нейролептиком седативного действия или нормотимиком, либо антидепрессантом.

Поддерживающая терапия к моменту выписки сводится к схеме, в которую входят нейролептик + нормотимик, нейролептик + антидепрессант, либо нейролептик + нейролептик в сочетании с антидепрессантом или нормотимиком. У пятой части пациентов положительный эффект отмечается только при назначении Chlorpromazine.

Терапия больных с психотическим вариантом требует применения нейролептика, обладающего выраженным антипсихотическим и седативным действием. Нередко применяется сочетание нейролептика, обладающего избирательным антигаллюцинаторным и антибредовым действием. Введение в схему лечения антидепрессанта требуется не более чем в 60% случаев, как и применение нормотимика.

Больные выписываются на поддерживающей терапии, в которую входят: нейролептик + нейролептик + антидепрессант или

нейролептик + нейролептик + нормотимик, нейролептик + антидепрессант + нормотимик.

Помимо тщательно подобранной медикаментозной терапии важную роль в реабилитации больных имеет работа с семьёй пациента. Первой и нередко наиболее сложной задачей является установление продуктивного контакта с родственниками больного.

Задачами в работе с родителями пациентов являются:

1) разъяснение причин и особенностей психического состояния больного;

2) формирование у родственников пациента адекватного отношения к его расстройствам;

3) оказание помощи семье в отказе от негативного отношения к больному, когда это было необходимо;

4) ориентация родителей пациента на длительную поддерживающую и профилактическую терапию.

Также значимым фактором является определение оптимальной формы обучения. Пациенты, дезадаптированные в классе, переводятся на необходимое время на индивидуальное обучение.

Учитывая преобладание среди способов попыток самоубийства у больных отравлений (чаще психотропными или антигипертензивными препаратами), обязательной рекомендацией для родственников является строгий контроль за хранением лекарств дома и за приёмом препаратов больным.

Заключение

Таким образом, выделенные варианты СПВ при эндогенных заболеваниях у детей и подростков отражают клинко-психопатологическую характеристику состояний пациентов, феноменологические особенности СПВ и роль в его формировании внешних факторов (степень тяжести психотравмирующей ситуации, её специфичность), а также несут информацию о величине суицидального риска, позволяют дифференцировать терапевтическую тактику, указывают на разное соотношение роли психогении и психотических факторов в развитии внешних форм СПВ. Определение конкретного варианта СПВ у детей и подростков с эндогенными заболеваниями способствует более точным и полным: диагностике, прогнозу, а также разработке

персонализированной тактики лечебных и реабилитационных мероприятий.

В заключение можно отметить, что в соответствии с ст. 70, п. 6 ФЗ N 323-ФЗ от 21.11.2011 [20]: «Диагноз, как правило, включает в себя сведения об основном заболевании или о состоянии, сопутствующих заболеваниях или состояниях, а также об осложнениях, вызванных основным заболеванием и сопутствующим заболеванием», таким образом, наличие суицидального поведения при эндогенном заболевании у детей и подростков целесообразно указывать в диагнозе.

Список литературы

1. Национальное руководство по суицидологии / Под ред. Б.С. Положего. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. 600 с.
2. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Anxiety disorders and suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: findings from a longitudinal study. *Psychol Med.* 2007;37(3):431-440. doi:10.1017/S0033291706009147
3. Liu L, Villavicencio F, Yeung D, et al. National, regional, and global causes of mortality in 5-19-year-olds from 2000 to 2019: a systematic analysis. *Lancet Glob Health.* 2022;10(3):e337-e347. doi:10.1016/S2214-109X(21)00566-0
4. Nock MK, Green JG, Hwang I, et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry.* 2013;70(3):300-310. doi:10.1001/2013.jamapsychiatry.55
5. Доклад О деятельности Уполномоченного при Президенте РФ по правам ребёнка в 2021 году <http://deti.gov.ru/detigray/upload/documents/August2022/OucV7OrXsDXYb6xBrHFF.pdf>
6. Тихоненко В.А. Классификация суицидальных проявлений. // Актуальные проблемы суицидологии. М., 1978. Т. 82. С. 59-73.
7. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков: 2-е изд., доп. и перераб. Л.: Медицина, 1983. 256 с.
8. Циркин С.Ю. (Ред.) Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста: 2-е изд., перераб. и доп. СПб.: Питер, 2004. 896 с.
9. Войцех В.Ф. Суицидология. М.: Миклош, 2007. 280 с.
10. Beck A.T., Greenberg R. The nosology of suicidal phenomena: past and future perspectives // *Bull. of Suicidology.* 1971. №8. P.10-17.
11. Билле-Браге У., Чуприков А.П., Пилягина Г.Я., Войцех В.Ф., Крыжановская Л.А., Жабокрицкий С.В., Сонник Г.Т. Глоссарий суицидологических терминов (методическое пособие). Киев, 1998.
12. Розанов В.А., Незнанов Н.Г., Ковалев А.В., Семенова Н.В., Шаболтас А.В. Превенция суицидов в контексте профилактической медицины. *Профилактическая медицина.* 2022;25(5):101–109. <https://doi.org/10.17116/profmed202225051101>
13. Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Я. Методические рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте. М., 1978. 13 с.

14. Жезлова Л.Я. Суициды в детском возрасте // Клинико-психологические, социальные и правовые проблемы суицидального поведения. Материалы симпозиума 21-23 октября 1974 года, г. Москва. М., 1974. С. 207-214.
15. Башина В.М. Аффективные нарушения у детей // Руководство по психиатрии. В 2 томах. Т.1/Под ред. А.С.Тиганова. М.: Медицина, 1999. С. 570-579.
16. Иовчук Н.М., Северный А.А. Депрессии у детей и подростков. - М.: Школа-пресс, 1999. 79 с.
17. Аптер А. (Apter A.) Самоубийства и суицидальные попытки у молодёжи // Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Ред. Д. Вассерман; пер. Е.Ройне. М.: Смысл, 2005. С.192-208 (пер. с англ.).
18. Шир Е. Суицидальное поведение у подростков // Журн. неврол. и психиат. - 1984. - Т. 84, вып. 10. С. 1556- 1560.
19. Амбрумова А.Г. Пути и становление отечественной суицидологии // Журн. Соц. и клин. психиат. 1995. Т. 5, Вып. 4. С. 53-59.
20. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 23.07.2025) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2025) https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/f7964563436c4bb0aed73d388df1a95d9103b632/ (дата обращения 14.10.2025).

115522, Москва, Каширское шоссе, 34
+7 495 109-03-93

[www. psychiatry.ru](http://www.psychiatry.ru); www.ncpz.ru

e-mail: ncpz@ncpz.ru